

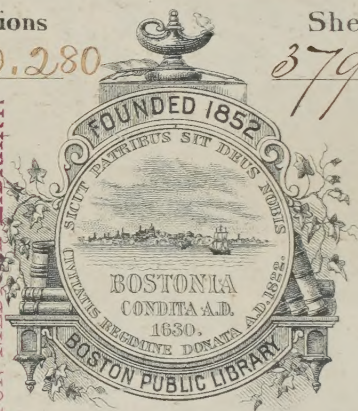
Accessions

240.280

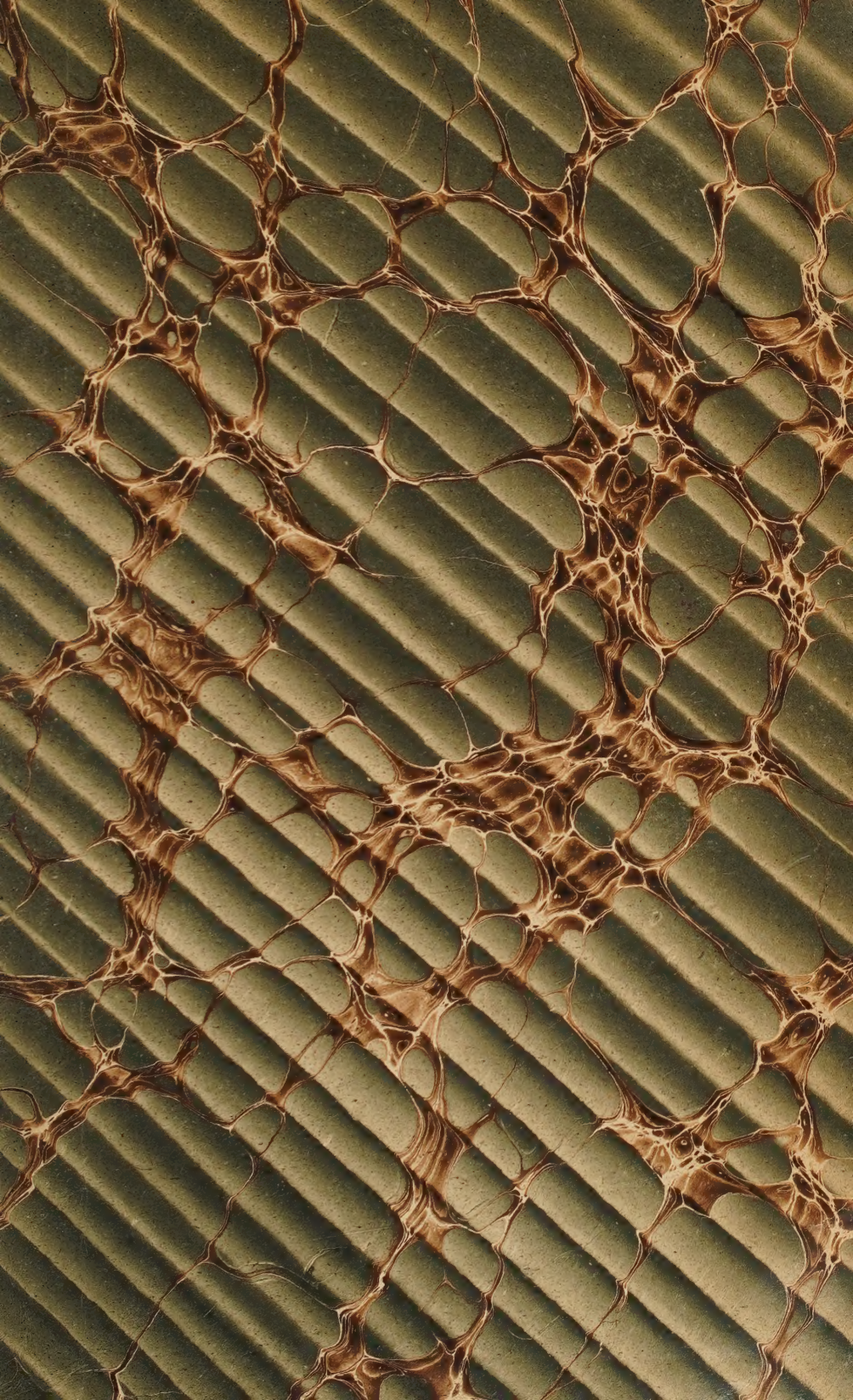
Shelf No.

3790a.62

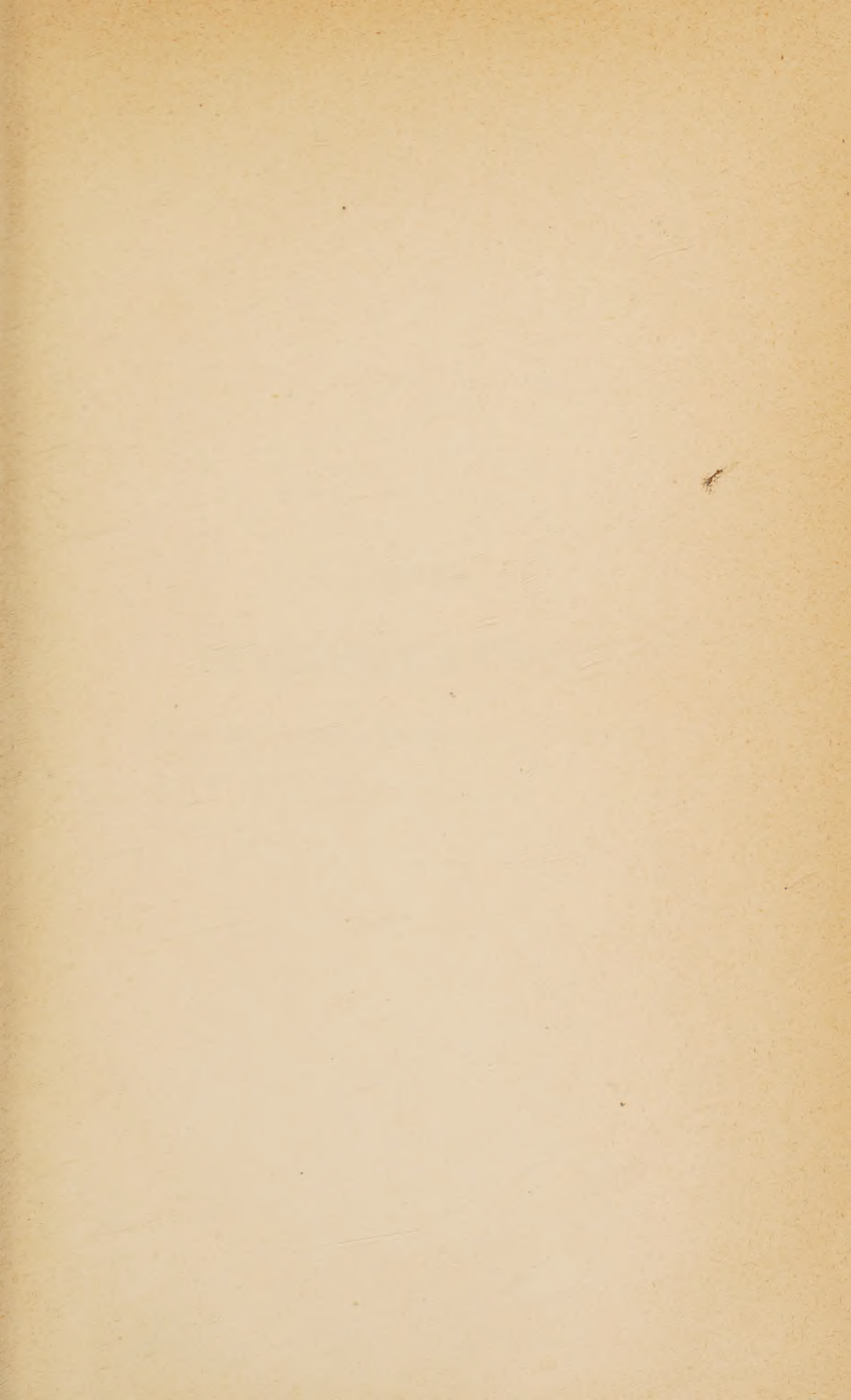
PROPERTY OF THE
PUBLIC LIBRARY OF THE
CITY OF BOSTON,
DEPOSITED IN THE
BOSTON MEDICAL LIBRARY



Received Dec. 11, 1877.



b. J. 84.



LEÇONS
DE CLINIQUE MÉDICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL HOMŒOPATHIQUE SAINT-JACQUES

PRINCIPAUX TRAVAUX DU Dr P. JOUSSET.

- De la Trachéotomie dans le traitement du croup (*Arch. gén. de méd.*, août 1844).
- Des formes de la folie (*Arch. gén. de méd.*, 1845).
- Du Cancer (thèse inaugurale, Paris, 1846).
- Les Phénomènes locaux de l'inflammation (thèse de concours de l'agrégation, Paris, 1847).
- Réponse aux lettres de M. Manec sur l'homœopathie (*Art médical*, 1856, et tirage à part).
- Histoire de l'inflammation de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau, considérée comme lésion du délire fébrile (*Art médical*, 1856).
- Des Effets produits chez l'homme et chez les animaux par le sulfure de carbone (*Art médical*, 1856).
- Des Injections iodées ; de leur mode d'action et de leurs indications ; mémoire couronné par les Sociétés médicales de Gand et de Bordeaux) (*Art médical*, 1857, et tirage à part).
- Des Inhalations du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1857).
- Du Suicide et de la Monomanie dusoicide ; étude sur l'extravagance naturelle et l'extravagance morbide (*Art médical*, 1858, et tirage à part).
- Des indications et des contre-indications de la trachéotomie dans le traitement du croup (*Art médical*, 1859).
- Du meilleur Mode d'administration du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes (*Art médical*, 1861).
- Congestion cérébrale apoplectiforme (*Art médical*, 1861, et tirage à part).
- De l'Expectation et du traitement homœopathique dans la pneumonie (*Art médical*, 1862, et tirage à part).
- Des formes et du traitement de l'éclampsie (*Art médical*, 1863).
- Des formes et du traitement de l'hystérie (*Art médical*, 1864).
- De l'Aliénation et de la Folie (*Art médical*, 1865, et tirage à part).
- Conférences publiques sur l'homœopathie (*Art médical*, 1867, et tirage à part).
- Eléments de médecine pratique, 2^e édit., 1877, 2 vol. in-8°, librairie J.-B. Baillière et fils.
- Eléments de pathologie et thérapeutique générales, 1875, 4 vol. in-8°, librairie J.-B. Baillière et fils.

LEÇONS
DE
CLINIQUE MÉDICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL HOMŒOPATHIQUE SAINT-JACQUES

1875-1876-1877

PAR

LE D^r P. JOUSSET

Médecin de l'hôpital Saint-Jacques à Paris
Professeur libre de pathologie et de clinique médicales
Ancien interne et lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris
Ancien président de la Société homœopathique de France
Membre et lauréat de plusieurs sociétés savantes

~~~~~  
Ouvrage accompagné de tracés thermiques et sphygmo-graphiques.  
~~~~~

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

—
1877

Tous droits réservés.

RECEIVED
OF THE
LIBRARY OF THE
CITY OF BOSTON

B. H.

240.280

Dec. 11. 1877,

Digitized by the Internet Archive
in 2025

A LA MÉMOIRE

DE

J.-P. TESSIER

PRÉFACE

La fondation de l'hôpital *Saint-Jacques* nous permet enfin d'offrir au public médical des leçons de clinique nosocomiale. Les 90 observations qui servent de bases à ce livre ont été recueillies par les élèves du service ; elles offrent donc cette garantie de publicité que présentent seuls les faits recueillis dans les salles d'un hôpital.

Pendant les trois années qu'ont été professées ces leçons, nous avons rencontré des cas de presque toutes les maladies du cadre nosologique, mais nous avons principalement traité parmi les maladies aiguës : de la *pneumonie*, de la *bronchite*, de la *pleurésie*, de la *fièvre typhoïde*, des *fièvres éruptives*, des *érysipèles*, de la *diphthérie*, de la *dysentérie*, et du *rhumatisme articulaire aigu*, les *hémorrhagies*, l'*asthme*, les *affections du cœur*, l'*aortite*, la *phthisie*, la *dartre*, l'*hydarthrose*, la *sclérose du rein*, la *kératite scrofuleuse* ; les *affections du foie et de l'estomac*, les *hémorrhoides*, le *raginisme*, la *pelvi-péritonite* et l'*hématocèle péri-utérine*, parmi les maladies chroniques ont fourni plusieurs chapitres à cet ouvrage.

La publication de ces leçons donnera aux médecins le moyen d'apprécier exactement la pratique de l'homœopathie, telle que la comprend notre école.

La doctrine de Hahnemann, comme toutes les doctrines scientifiques, a subi des réformes profondes ; or, c'est surtout dans l'application au lit du malade qu'il est possible de juger de la portée et de la valeur de ces réformes.

Disciple fidèle de la *méthode expérimentale*, nous acceptons ce qu'elle démontre être vrai et nous repoussons ce qu'elle démontre être faux. C'est en suivant cette règle que nous avons pris pour base de la thérapeutique la *matière médicale* fondée sur la connaissance des effets des médicaments sur l'homme sain et la *loi de similitude* établie sur la clinique ; l'expérimentation et l'observation se donnant ainsi la main, se complètent et se réunissent pour fonder ce que nous appelons justement la *thérapeutique positive*.

Nous proclamons bien haut que Hahnemann a l'honneur d'être entré le premier dans cette voie ; nous le reconnaissons très-volontiers comme notre maître et notre initiateur en thérapeutique ; mais nous déclarons aussi que, dans une science d'observation comme la thérapeutique, nous plaçons la méthode expérimentale bien au-dessus de tous les maîtres, et que nous rejetons impitoyablement les erreurs et les exagérations de Hahnemann.

Les homœopathes purs nous reprocheront de n'être pas de véritables homœopathes ; ils ont parfaitement raison, et nous tenons bien à ce que tout le monde le sache. Non, nous ne sommes pas des homœopathes ex-

clusifs; nous sommes, ainsi que l'indique le titre même de l'*Art médical*, les adeptes de la *thérapeutique expérimentale*. Et si nous faisons cette déclaration, ce n'est pas pour désertar la cause de la réforme thérapeutique, c'est encore moins pour prendre notre part du gâteau officiel et universitaire. Notre vie tout entière protesterait au besoin contre une semblable interprétation; car il y a 40 ans que nous préférons subir les inconvénients d'un malentendu, plutôt que d'abandonner ce que nous croyons être le terrain de la vérité en thérapeutique. Ce n'est pas à la fin d'une carrière déjà longue que nous deviendrions l'homme des compromissions regrettables; mais nous avons fait cette déclaration parce qu'il existe un malentendu et qu'il est important que ce malentendu cesse pour le bien des malades, pour l'honneur de la profession et même pour l'intérêt des médecins.

La réforme thérapeutique que nous défendons se résume en ces trois points : *matière médicale expérimentale, indications tirées de la loi des semblables, doses des médicaments déterminées par l'expérience clinique*. Eh bien! je le demande, quelle est l'*académie* ou la *faculté*; quels sont les *médecins* qui se croient le droit et le devoir de repousser une semblable homœopathie? Et si après cette déclaration, il s'en rencontre encore, tant pis pour ces académies, ces facultés et ces médecins, car la thérapeutique que nous venons de définir et de caractériser est la *thérapeutique expérimentale*. C'est à elle qu'appartient l'avenir de la médecine et, malheur aux attardés de la routine qui prétendent lui barrer le passage!

Certains homœopathes nous accusent de rejeter entiè-

rement les doses infinitésimales et les indications tirées de la loi de similitude pour nous livrer à je ne sais quel empirisme spécificien ; notre pratique, exposée au grand jour de la publicité, montrera la fausseté de ces accusations ; elle fera connaître en même temps dans quelles limites nous acceptons la *médication palliative*, et quelle part nous faisons encore à l'*empirisme* ; enfin, elle montrera quels sont les cas où nous préférons les doses fortes aux doses infinitésimales.

Cette publication répondra encore à une *explication* que nos adversaires aiment à donner de nos succès : « Les homœopathes intelligents, disent-ils, réservent les globules pour les cas légers, qui guérissent seuls ; mais dans les cas graves, ils emploient les mêmes doses que les allopathes. » En parcourant cette clinique, il sera facile de se convaincre que, comme nous le disons plus haut, le choix de la dose ne repose point sur la bénignité ou sur la gravité des cas, mais bien sur des caractères complexes que l'observation a fixés.

Indépendamment des questions de thérapeutique qui constituent l'essence même de notre œuvre, nous avons abordé et résolu un certain nombre de questions de pathologie d'une grande importance pratique. Nous n'avons pas hésité, toutes les fois que cela nous a paru nécessaire pour la clarté des démonstrations, à joindre au texte les *tracés sphymnographiques* et *thermiques*, sans lesquels il est difficile de comprendre les descriptions les plus exactes et les plus minutieuses.

Puisse ce livre contribuer à répandre de plus en plus la *thérapeutique positive* et à faire disparaître des préjugés qui sont aussi préjudiciables aux vrais intérêts de la profession qu'à ceux des malades.

Nous croyons que ce livre sera utile aux médecins qui ne sont pas encore rompus aux difficultés de la thérapeutique homœopathique ; parce que, à côté des préceptes généraux, ils trouveront l'application au cas particulier ; or, le cas particulier est le pain quotidien du médecin praticien. Sans doute, c'est quelque chose de savoir que la bryone, le phosphore, l'émétique et l'arsenic sont les médicaments principaux de la pneumonie ; c'est beaucoup de connaître les caractères pharmacodynamiques qui doivent nous faire prescrire l'un de ces médicaments de préférence aux autres ; mais nos connaissances sur le traitement de la pneumonie ne peuvent être complètes que si l'histoire particulière d'un certain nombre de cas nous fait assister aux difficultés du choix du médicament et nous apporte la démonstration clinique de la solidité des indications thérapeutiques. C'est là précisément le but de ces leçons ; c'est le caractère qui les distingue d'un traité de pathologie.

Paris, le 8 juin 1877.

Dr P. JOUSSET.

Nous devons remercier M. le Dr J.-P. Tessier fils, qui a bien voulu recueillir les notes sur lesquelles nous avons rédigé ces leçons, et MM. les Drs Clément et Schœpffer, qui ont recueilli et rédigé les observations.

CLINIQUE

DE

L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(TRIMESTRE DU 15 JANVIER AU 15 AVRIL 1874.)

PREMIÈRE LEÇON.

SOMMAIRE. — De la clinique. — De l'homœopathie et de sa place dans la thérapeutique. — Du rôle légitime de l'empirisme et de la médication palliative.

Messieurs, en commençant ces leçons de clinique, je crois devoir répondre à une préoccupation qui peut-être est dans votre esprit, qui certainement est dans le mien. Est-ce une affaire de curiosité qui vous a conduits ici? Est-ce le désir d'apprendre et de pratiquer une branche de l'art de guérir?

J'espère que c'est ce dernier motif qui vous guide; je suis convaincu qu'il vous fera persévérer dans la suite, et que le temps que vous aurez consacré à l'étude de l'homœopathie sera profitable à vous et à vos malades.

Vous savez tous que la clinique est l'application au lit du malade des connaissances médicales que l'étude des auteurs et les leçons de vos maîtres ont pu développer en vous; ce ne doit donc pas être une nosogra-

phie ainsi que l'a compris Trousseau, ni un cours de thérapeutique comme certains professeurs ont coutume de faire. Pour nous, la clinique a un but bien défini. C'est d'abord l'application de la séméiotique et de la thérapeutique au lit du malade; c'est ensuite la démonstration de la supériorité de la médication homœopathique par la guérison des malades que vous aurez occasion de voir dans nos salles.

Mais, messieurs, il est une question qui s'impose à nous au début de cet enseignement, question qu'il importe avant tout d'élucider. C'est à savoir : Qu'est-ce que l'homœopathie? Quelle est la place qu'elle doit occuper parmi les connaissances médicales?

Sans avoir peut-être beaucoup lu les auteurs anciens, vous n'ignorez pas que jusqu'au xvii^e siècle la thérapeutique de Galien fut presque exclusivement souveraine dans notre art, et ses racines étaient si profondément implantées dans le sol, qu'aujourd'hui encore, après trois cents ans de lutte, nous retrouvons les empreintes profondes de sa puissance. Qu'y a-t-il là qui puisse nous étonner? La simplicité de l'hypothèse sur laquelle elle reposait faisait toute sa force. Admettant quatre humeurs dans l'économie, leur altération ou leur mélange étaient cause de toute maladie; de là deux indications : les antidotes ou les évacuants. Les maladies chirurgicales et les empoisonnements étaient la preuve palpable de la vérité de cette doctrine. — Une luxation se produit, remettez les surfaces articulaires en contact, et la guérison a lieu. — Vous prenez une substance toxique, évacuez-la ou neutralisez-la, et le malade est sauvé; cette doctrine se résumait dans ces axiomes bien connus : *Sublatâ causâ tollitur effectus* et

contraria contrariis curantur. Personne ne peut nier que ces principes ne soient vrais pour les maladies de cause externe, les empoisonnements, les affections parasitaires; mais lorsqu'on veut l'appliquer comme l'ont fait les galénistes, aux maladies de cause interne, on tombe dans l'erreur. Cause interne, cause inconnue, sont synonymes, je n'ai pas besoin de vous le dire. Car, vous n'en êtes pas, je l'espère, à confondre les circonstances qui peuvent favoriser le développement d'une maladie avec la cause elle-même de la maladie; le contingent et le nécessaire n'ont jamais été identiques. Le froid n'est pas la cause du rhumatisme, de la pneumonie, de l'angine, il est l'accident qui en favorise le développement; mais la cause du mal réside en notre organisme, qui est plus ou moins apte à contracter telle ou telle maladie. Et la preuve, c'est que la même influence extérieure produit les maladies les plus variées suivant les individus sur lesquels elle agit.

Si j'ai fait cette digression, c'était pour bien établir ce fait que la cause interne est inconnue; que si elle est inconnue, on ne peut raisonnablement espérer de trouver son contraire; avant de chercher l'antidote, vous devez connaître le poison. Aussi, humoristes, solidistes, animistes, tous ceux qui ont cherché la cause interne, ont-ils toujours plus ou moins divagué, laissant de côté la seule chose utile, c'est-à-dire le mode d'action des médicaments qu'ils employaient; ils traitaient une hypothèse pathologique par une hypothèse pharmaceutique. Certes, je ne viens pas prétendre ici que Hahnemann soit le premier médecin qui se soit élevé contre cet ordre de choses, les précurseurs ne lui ont pas manqué. Sans faire ici l'histoire de Paracelse, de van Hel-

mont, de Stahl, de Storck et de John Hunter, je puis vous dire que tous ces grands maîtres s'étaient élevés avec force contre les erreurs galéniques et qu'ils avaient tous senti le besoin d'une réforme, mais aucun n'a atteint le but comme Hahnemann, qui, non content de formuler sa doctrine, l'a pu définitivement appliquer.

Le principe qui sert de base à la doctrine entière de Hahnemann peut être formulé en ces termes : si vous voulez obtenir une guérison prompte, certaine et durable, choisissez un médicament qui, administré à une personne bien portante, suscite chez elle des symptômes analogues à ceux de la maladie dont vous entreprenez le traitement. Hahnemann a découvert cette loi (1790) en traduisant le *Traité de matière médicale* de Cullen, et à l'occasion de la vertu fébrifuge du quinquina.

Ne croyez pas, messieurs, que Hahnemann se soit contenté de ce premier fait ; ceux qui pourraient en douter n'ont qu'à lire l'admirable chapitre de l'*Organon*, intitulé : *Guérisons homœopathiques dues au hasard* ; là ils verront à quel labeur s'était livré le réformateur pour démontrer la nouvelle méthode. Mais ce n'était pas assez de la faire contrôler par le passé, il fallait encore dans le présent lui donner des bases inébranlables. Renonçant alors à la pratique médicale, Hahnemann passa dix années à expérimenter sur lui et sur son entourage l'action des médicaments, et de cette réclusion volontaire est sortie l'histoire complète et détaillée de cent médicaments. Pour ceux-là, il n'y a pas de contestations ni de doutes à élever, c'est aux doses ordinaires qu'il les a expérimentés.

Ce premier service que Hahnemann rendait à la science fut accepté par les médecins, et aujourd'hui pas

un thérapeutiste, ou soi-disant tel, n'oserait publier une matière médicale sans donner en même temps les résultats de l'expérimentation sur l'homme sain et sur les animaux; mais la loi de similitude, quoiqu'elle fût déjà dans Hippocrate et dans van Helmont, fut moins universellement acceptée; toutefois elle fut escamotée et défigurée au profit de l'école spécificienne, et décorée par Trousseau du nom de *méthode substitutive*.

Si l'homœopathie en était restée à ces deux principes, il est fort probable qu'elle n'eût jamais suscité les malédictions et les colères des médecins; malheureusement la loi de similitude impliquait d'une façon fatale l'administration des médicaments à petites doses. En effet, les doses ordinaires, administrées suivant la loi des semblables, seraient habituellement dangereuses pour les malades. Les spécificiens, en voulant nous imiter, nous ont montré les inconvénients graves qui accompagnaient l'administration de la strychnine à hautes doses dans la chorée. Qui oserait donner l'opium et l'émétique à doses ordinaires, le premier contre la congestion cérébrale, le second contre les vomissements? Les bénéfices obtenus par cette médication seraient achetés au prix d'aggravations souvent dangereuses. C'est cette raison qui détermina Hahnemann à donner d'abord des doses faibles, puis voyant les résultats satisfaisants qui en étaient la conséquence, il en vint petit à petit aux doses infinitésimales. Eh bien! messieurs, que cette partie de sa doctrine suscite plus ou moins de répugnances, qu'elle choque l'esprit et ait un caractère plus ou moins hypothétique, peu importe! La question des doses infinitésimales ne reconnaît qu'une juridiction, qu'un moyen de contrôle; c'est l'expérimentation

clinique, et seule elle doit décider en dernier ressort de leur valeur ou de leur inefficacité.

J'arrive maintenant aux erreurs que renferme la doctrine homœopathique, telle que la comprenait son fondateur, et à cela quoi d'étonnant ? où rencontre-t-on la perfection en ce monde ? et d'ailleurs c'est par leurs erreurs que les grands hommes se rattachent à l'humanité. Ces erreurs s'expliquent du reste. Hahnemann a d'abord été repoussé ; il a vécu seul, en butte aux persécutions de ceux auxquels il avait conscience d'être si supérieur ; puis, après les coups du malheur, sont venus les adulations du succès et l'enivrement du triomphe. Entouré de disciples que l'œuvre du maître avait pour dire ainsi fanatisés, il se crut presque un dieu et pensa que son œuvre ne serait complète que si elle s'étendait à la médecine tout entière. Il formula donc une physiologie et une pathologie, de même qu'il avait formulé une thérapeutique ; telle est, messieurs, l'origine du triple dynamisme physiologique, pathologique et thérapeutique. Je ne puis entrer ici dans la discussion de cette erreur, elle m'entraînerait trop loin, et, du reste, je crois qu'il est peu d'homœopathes qui se basent aujourd'hui sur cette *triade hypothétique* ; ceux qui la reconnaissent encore pour guide de leur pratique médicale s'éteignent de jour en jour. Pour moi, je suis à cet égard en complet accord avec Tessier, mon maître, qui avait résumé la question en ces quelques mots : « La doctrine de Samuel Hahnemann peut se diviser en deux parties : la pathologie et la thérapeutique. Terme pour terme, l'une comprend ses erreurs, l'autre ses vérités : de telle sorte que dire pathologie ou erreurs de Hahnemann, c'est la même chose ; et que dire thérapeutique ou vé-

rités dues à Hahnemann, c'est encore la même chose. Il y a, par conséquent, dans cet ensemble qu'on appelle l'homœopathie, l'hémisphère des erreurs et l'hémisphère des vérités. » Loin donc d'admettre le triple dynamisme, nous professons en physiologie la doctrine de l'union substantielle de l'âme et du corps, et en pathologie nous sommes *essentialistes*, c'est-à-dire que nous considérons les maladies comme des *espèces* distinctes, ne constituant pas à la vérité des *êtres* véritables, mais pouvant se décrire et s'étudier comme des espèces naturelles.

Maintenant, je dois ajouter une chose, c'est que l'homœopathie, si elle s'applique à un grand nombre de cas, ne peut cependant suffire à remplir toutes les indications. Je réclamerai d'abord en faveur de l'*empirisme*, jusqu'au jour où la matière médicale sera parfaitement connue; ce jour-là, il devra disparaître de la science, mais en attendant nous ne pouvons nous en passer. C'est de lui que relève l'usage du *thlaspi bursa pastoris* dans les métrorrhagies, du *sedum acris* dans les fissures et les contractions spasmodiques de l'anus, et bien d'autres médicaments. Étendant plus loin encore sa domination, il règle le plus souvent l'emploi des eaux minérales, et leur administration demeurera forcément empirique jusqu'au jour où pour chacune d'elles des médecins consciencieux et instruits auront fait leur histoire pathogénétique et curative, comme cela s'est rencontré pour Cauterets, par exemple.

Je réclamerai encore au nom de la *médication palliative*, dont nous devons user dans les maladies incurables. « Là où le médecin ne peut guérir, il doit soulager. » Ainsi donc, chez les cancéreux, chez les phthisi-

ques arrivés à la période cachectique, n'hésitez pas à calmer les souffrances. Dans les cas où une colique hépatique ou néphrétique vient à torturer un malheureux patient, et que les médicaments indiqués n'apportent pas leur soulagement accoutumé, vous devez mettre fin à sa crise par une injection de morphine, ou tout autre moyen palliatif. Dans tous ces cas, vous n'obtiendrez de résultat qu'avec des doses relativement massives; n'hésitez donc pas à vous en servir; pour nous, c'est un devoir qui ne souffre pas d'hésitation. En résumé, nous professons que *la thérapeutique est faite pour les malades et non pour les médecins*, et que dans cette branche de la médecine, un esprit systématique et des croyances sans critiques sont des sources forcées d'erreurs déplorables.

Maintenant, messieurs, que vous connaissez nos doctrines, tant au point de vue de la pathologie que de la matière médicale, nous entrerons sans autre commentaires dans le domaine de la clinique proprement dite, et l'étude des malades actuellement dans nos salles sera l'objet de notre prochaine leçon.

DEUXIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Asthme, observation ; de l'emphysème *transitoire* et de l'emphysème *définitif*; indications de l'*ipéca* dans l'asthme. — Pleurésie puerpérale suivie de phthisie; indications de *cantharis* et d'*arsenic*. — Névralgie chlorotique; indications de *belladonna*. — Bronchite; indications d'*ipéca* et de *bryonia*. — Ascite; observation; diagnostic différentiel; indications d'*apis*, *iodium*, *arsenicum*, *prunus spinosa*; bons effets de *china*. — Endocardite rhumatismale; aggravation par *cactus*.

OBSERVATION I. — *Asthme*.

Messieurs, au n. 1 de la salle des femmes est une malade âgée de 60 ans, qui fait remonter le début de ses souffrances à huit années. Elle a eu depuis cette époque des accès d'asthme et des ménorrhagies; ces dernières, du reste, ayant été peu de chose. Elle est entrée ici pour se faire traiter d'une bronchite qui, greffée sur l'asthme, est quelquefois très-grave. Mon prédécesseur lui avait donné de la *bryone*, et, sous l'influence de ce médicament, elle était en voie d'amélioration au moment où je pris le service. A cette époque elle présentait comme ensemble de symptômes : une toux matutinale assez forte, une expectoration abondante, de la dyspnée, et, à l'auscultation, on constatait de l'expiration prolongée se produisant en deux temps. Il semble que chez ces malades l'expiration soit spasmodique, car, tandis qu'à l'état normal le bruit de l'inspiration est plus long, le contraire s'observe chez les asthmatiques. Cette femme avait aussi des insomnies fréquentes, je lui donnai *arsenicum*, 12°, qui fut suivi d'amélioration,

puis je prescrivis l'*ipéca* dans l'espoir de diminuer l'asthme et l'emphysème. Je n'en obtins rien du tout, alors je revins à l'*arsenic* (3^e trit.) pour le jour et à la *noix vomique* (3^e trit.) pour la nuit, c'est ce qu'elle prend actuellement.

Je désire, à propos de cette malade, attirer votre attention sur la lésion de l'asthme, l'*emphysème*. Cette lésion se présente sous deux formes qu'il est fort important de distinguer dans la pratique. En effet, l'une est *transitoire* et par conséquent curable; l'autre est définitive et au-dessus de toutes les ressources thérapeutiques. Ces deux formes de l'emphysème ont leurs signes propres, qui permettent de les distinguer facilement. L'*emphysème transitoire* est caractérisé par une sonorité exagérée et par l'existence de l'expiration prolongée, sifflante, spasmodique, se faisant quelquefois en deux temps. C'est surtout en arrière du thorax que ces deux signes sont faciles à percevoir.

Cet emphysème a une durée quelquefois éphémère, et je l'ai vu disparaître avec l'accès d'asthme; d'autres fois, il se prolonge pendant plusieurs mois, mais il est toujours guérissable.

Expérimentalement cet emphysème se produit par la section du pneumogastrique; il est attribué à la paralysie des fibres musculaires, connues sous le nom de muscles de Reissessen. Les vésicules incomplètement paralysées se laissent distendre par l'air; l'effort des muscles expirateurs devient nécessaire : d'où l'expiration spasmodique. Au lieu d'être sonore dans son premier temps seulement, comme à l'état normal, l'expiration devient sonore tout le temps de sa durée, ce qui produit l'expiration prolongée.

L'*emphysème définitif* (emphysème classique de Laënnec, atrophique de Virchow) a pour signe l'augmentation de la sonorité du thorax, coïncidant avec la diminution considérable des bruits respiratoires. Ces deux phénomènes sont très-marqués chez une de nos malades, la femme qui est au n° 5 (1).

Dans l'*emphysème définitif* qu'on peut considérer comme une lésion plus avancée, il se produit, non pas une rupture, mais une usure avec perforation des cloisons qui séparent les vésicules, de sorte qu'on trouve des cavités impropres à l'hématose dans le tissu pulmonaire. On comprend dès lors pourquoi cette lésion est inguérissable. Si je me suis étendu un peu sur cette question, c'était pour prouver qu'il est des cas où la thérapeutique est fatalement impuissante, et ces cas se présentent quand il y a destruction d'un tissu quelconque.

Pour en revenir à notre malade du n° 1, je vous dirai que je lui ai prescrit l'*ipéca*, et à ce propos je vais vous faire l'histoire expérimentale de ce médicament. Vous savez qu'à forte dose, la racine du Brésil produit chez les animaux le ralentissement et la difficulté de la respiration; c'est là le caractère fondamental de son action. Observez maintenant un asthmatique, comptez le nombre de ses mouvements respiratoires, vous verrez qu'ils sont moins fréquents qu'à l'état normal, mais que, par contre, ils sont pénibles et difficiles. Retenez ce signe, et vous comprendrez l'homœopathicité de l'*ipéca* dans l'asthme. Vous savez de plus qu'il produit des accès de dyspnée analogues à l'asthme; vous n'avez, pour vous en convaincre, qu'à ouvrir les traités de théra-

(1) Voir l'observation à propos de l'aortite.

peutique allopathique qui se trouvent entre vos mains, et particulièrement celui de Trousseau et Pidoux, pour y trouver des exemples de ce que je vous avance. Si maintenant vous consultez Hahnemann, vous trouverez dans les symptômes pathogéniques de l'*Opium* l'expiration difficile et sifflante, la congestion pulmonaire, la bronchite, quelquefois même l'hépatisation. Tous ces faits militent en faveur de l'emploi de ce médicament dans l'asthme, où vous savez qu'on rencontre souvent, surtout dans les cas un peu anciens, de la bronchite, du catarrhe, et les signes d'une congestion plus ou moins intense. Enfin, pour ne rien omettre, vous lirez dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, de M. Jaccoud, un article du professeur See, sur l'asthme, dans lequel, après avoir constaté l'action déprimante de l'*Opium* sur le système musculaire, il conseille de se défier de cet agent thérapeutique qui, en certains cas, augmente les accès de suffocation; se mettant, dans ces quatre lignes, en contradiction flagrante avec lui-même et avec l'expérience clinique de tous les temps.

Pour moi, m'appuyant sur l'observation et les faits cliniques, je vous recommande avec instance l'*Opium*, comme le médicament principal de l'asthme et de la dyspnée asthmatique, compliquée ou non de bronchite.

Il vous rendra les plus grands services dans les cas de respiration difficile, sifflante avec suffocation, teinte bleuâtre des lèvres. Si à ces symptômes se joignent du dégoût et de l'état nauséux, je puis vous affirmer, presque à coup sûr, un succès rapide et certain.

Remarquons, en passant, que la *caractéristique* de l'*Opium* est le spasme. Ainsi, non-seulement il est indiqué dans l'emphysème transitoire, où il y a spasme des

muscles expirateurs, mais encore dans le spasme laryngé de l'angine striduleuse et dans le spasme du rectum qui caractérise la dysentérie.

La *noix vomique* et l'*arsenic* sont ensuite les médicaments les plus usités, je me réserve de vous en donner plus tard les indications. Trousseau a aussi préconisé empiriquement l'emploi de l'*iode* sous forme d'*iodure de potassium*; enfin on a donné aussi la *belladone* et le *stramonium*, particulièrement en fumigations ou sous forme de cigarettes.

Cuprum, qui comme l'*pépca* est un médicament du spasme, a été aussi indiqué dans l'asthme.

A côté de notre asthmatique, au n° 2 de la salle des femmes, est une malade accouchée il y a trois mois. Quelques jours après sa délivrance elle est tombée malade. Elle eut d'abord des frissons, puis de la fièvre, de la toux et un point de côté avec difficulté de la respiration. Cet ensemble indiquait une pleurésie, elle a toutefois traîné depuis cette époque jusqu'à ces jours derniers où la persistance du mal la décida à entrer chez nous. A notre premier examen, nous trouvâmes dans la moitié inférieure du poumon droit une matité absolue, décrivant la courbe parabolique sur laquelle Damoiseau a insisté. Au niveau de la matité, il y avait absence complète de bruits respiratoires et des vibrations thoraciques. Enfin, à la pointe de l'omoplate, on constatait une égophonie, à tonalité assez basse. Nous prescrivons *cantharis*, 3°, médicament que nous employons avec succès depuis vingt ans, et dont vous trouverez les indications dans les pathogénésies homœopathiques.

Cette malade m'inquiète, non pas au point de vue de la pleurésie, qui est actuellement en voie de résolution,

mais parce que cette dernière n'a été que l'avant-coureur d'une phthisie pulmonaire. Elle présente, en effet, tous les soirs, vers trois heures, un frisson suivi de fièvre pendant laquelle le thermomètre indiquait hier encore 39°.4, en même temps on trouve à l'auscultation du sommet gauche des râles humides, de l'expiration soufflante, du retentissement de la voix, de la pectoriloquie, en un mot, il y a là les symptômes d'une induration pulmonaire avec des points de ramollissement. Nous tâcherons pourtant de lutter contre le mal et de la remettre sur pied au moins pour quelque temps. Je lui ai prescrit *arsenicum*, 12^e, particulièrement indiqué contre le mouvement fébrile périodique.

Un peu plus loin, vous trouverez un cas très-simple : c'est une névralgie trifaciale chez une femme qui présente du souffle carotidien, des pertes ménorrhagiques, de la névralgie intercostale, en un mot, le diagnostic chlorose se lit sur toute sa personne, et pourtant je n'ai pas donné du *fer*. Je lui ai prescrit la *belladone*, qui me paraissait indiquée tant par la névralgie trifaciale que par l'excessive sensibilité de la peau au toucher ; toutefois je dois vous dire que je cesserai l'emploi de cet agent aussitôt qu'il m'aura donné le résultat que j'en attends pour en venir au *fer* et à l'*arsenic*, mes deux médicaments de préférence dans la chlorose.

Au n° 4 est une femme déjà vieille, prétendant avoir été soignée en ville pour une pneumonie. Quoi qu'il en soit, elle est épuisée par le chagrin et la misère ; pâle, anémique, sa constitution est profondément ébranlée. L'examen des organes thoraciques nous montre l'existence d'une pleurésie antérieure, qui a laissé une matité relative dans toute l'étendue du côté gauche. Cette

femme est entrée à l'hôpital avec une toux extrêmement vive et fréquente, et une recrudescence de sa bronchite. Je lui ai donné *ipéca*, 12^e, et *bryone*, 12^e, alternés de deux heures en deux heures, et vous voyez qu'après trois jours de traitement le résultat est manifeste, puisque cette femme ne tousse presque plus. Je vous recommande donc dans la bronchite avec râles sous-crépitaux et engouement pulmonaire, c'est-à-dire dans la bronchite capillaire, l'usage de ces deux médicaments. Je sais bien que, guidés uniquement par la loi de la similitude, nous devrions également prescrire l'*émétique*, le *phosphore*, la *pulsatille*, dont les symptômes pathogénétiques se rapportent bien à la bronchite; mais l'expérience clinique est une base d'opérations, si je puis parler ainsi, aussi solide que la loi homœopathique, et elle a tranché la question en faveur de la méthode que je préconise en ce moment. J'ajouterai que le tort de Hahnemann et de ses premiers élèves a été de la récuser pour s'en tenir uniquement aux indications de la matière médicale pure.

Quelquefois, Messieurs, avant de prescrire ces deux médicaments, devrez-vous les faire précéder de l'usage de l'*aconit* pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. C'est surtout quand il y aura une fièvre intense avec chaleur vive et soif ardente que vous vous trouverez bien de cette pratique. Plus tard, quand l'occasion s'en présentera, je vous donnerai les indications de l'*émétique*, du *kermès*, de l'*arséniate d'antimoine*, de la *pulsatille*, de l'*arsenic* et du *phosphore*.

A côté de cette vieille femme est une malade atteinte de syphilis.

Ce cas particulier est caractérisé par des *syphilides*

exostoses siégeant sur la face, et par une périostose siégeant sur l'os frontal. Cette malade est donc sur la limite de la deuxième et de la troisième période. Aussi l'*iodure de potassium*, à haute dose, 2 grammes par jour, prescrit par mon prédécesseur, a-t-il eu le plus grand succès (cette observation est rapportée dans la clinique du Dr Molin).

J'ai hâte, Messieurs, de vous parler de deux malades plus intéressants. Le premier est un homme atteint d'ascite.

OBSERVATION II. — *Ascite.*

M. Chanson, âgé de 41 ans, typographe, entré le 3 janvier, n'avait jamais été malade avant le mois d'août 1873 — A cette époque il eut une pleurésie du côté gauche.

En octobre de la même année, la toux persistait encore. — Il avait de l'œdème aux jambes, des douleurs de reins très-vives.

En novembre, la toux sèche augmenta; elle devint fréquente, surtout la nuit.

La dyspnée, l'amaigrissement et tous les signes d'une phthisie commençante obligèrent le malade à suspendre son travail.

Traité par *phosph.* 3^e, sa toux disparut presque complètement; — mais les douleurs de reins persistent.

Le 26 décembre, le malade éprouva sur l'impériale d'un canotiers un refroidissement intense, et à la suite d'un frisson qui dura dix minutes, il fut atteint d'une ascite qui prit des proportions énormes en moins de huit jours.

Au 15 janvier, au moment où je pris le service, le malade présentait l'état suivant : grand amaigrissement, teint pâle, cachectique, développement énorme du ventre. Fluctuation évidente, matité se déplaçant suivant la position du malade, intestins surnageant le liquide et refoulés vers l'épigastre; réseau veineux extrêmement développé sur la ligne médiane; dans les veines, le courant sanguin va de haut en bas; pas de tumeur appréciable à la palpation; impossibilité de déterminer les limites du foie et de la rate à cause de l'épanchement; soif; urines peu abondantes, extrêmement rouges, déposant comme dans la cirrhose un sédiment qui occupe les deux tiers de l'éprouvette: elles ne contiennent pas d'albumine.

L'affection pulmonaire semblait enrayée.

Le malade tousse peu. Cependant, au sommet gauche, on entend quelques craquements humides; de plus, le malade porte sur le tibia droit un petit abcès froid avec carie osseuse. Chaque soir, un petit mouvement fébrile.

L'ensemble de ces symptômes pourrait se rapporter à un épanchement symptomatique de granulations tuberculeuses dans le péritoine ou à une compression de la veine-porte dans le foie, soit par une sclérose de cet organe, soit par une dégénérescence amyloïde.

L'épanchement s'accrut rapidement malgré *apis*, donné à la 3^e, puis à la 2^e trituration; puis *iodium*, 3^e trituration.

L'insomnie, l'impossibilité de manger, et surtout la dyspnée, nous contraignirent de faire la ponction le 27 janvier.

Nous retirons huit litres d'un liquide transparent, verdâtre, paissieux, contenant beaucoup d'albumine.

Après la ponction, nous ne constatons l'existence d'aucune tumeur. *Le foie a son volume normal*, la rate est un peu plus volumineuse.

Il y eut un peu de fièvre le jour de l'opération; 104 pulsations et 38,4. — On continue l'iode.

Les liquides se reproduisent très-rapidement malgré *arsenicum*, 3^e trituration, et le 31 janvier, c'est-à-dire après un intervalle de quatre jours, nous faisons une seconde ponction et nous retirons treize litres de liquides.

Le 5 février, c'est-à-dire après cinq jours, nouvelle ponction, malgré *prunus spinosa*, 3^e.

Depuis ce jour, et sous l'influence *china*, 6^e, le liquide se reproduit beaucoup plus lentement, les urines sont plus abondantes, plus claires et sans dépôt; l'appétit est revenu, l'état général est satisfaisant.

L'absence de tumeur et la reproduction rapide de l'ascite nous obligent à rejeter l'hypothèse d'une affection tuberculeuse du péritoine. L'absence du changement du volume du foie ne permet guère d'accepter l'idée d'une cirrhose, qui du reste ne trouve pas ici ses conditions étiologiques ordinaires. Cet homme, en effet, n'est ni syphilitique, ni alcoolique; il n'a point d'affection du cœur. Cependant la rapidité de la reproduction de l'ascite, les développements des veines sous-cutanées sur la ligne médiane avec cours du sang de haut en bas, l'absence de l'œdème des membres inférieurs établissent la certitude d'une oblitération plus ou moins complète de la veine-porte; or, la tuberculose du poulmon et l'abcès *trilobé avec cavité du lobe* ne permettent point de dou-

ter que le malade soit scrofuleux. Notre diagnostic définitif est donc celui-ci : *dégénérescence amyloïde du foie*.

Le second malade dont je désire vous parler est un jeune homme qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, a contracté une endocardite ; le cas n'est pas rare ; aussi je veux seulement attirer votre attention sur un phénomène d'aggravation médicamenteuse bien manifeste. Je lui ai prescrit le *cactus grandiflorus*, 12^{re} ; la nuit suivante, il a souffert d'une douleur affreuse au cœur avec angoisse, et le matin je le trouvais très-abattu encore par les souffrances de la nuit. Je suspendis le médicament pendant deux jours ; pendant ce temps la malade ne souffrit pas du cœur ; alors je revins au *cactus*, 6^{re}, et la nuit suivante se manifestèrent les mêmes douleurs et la même agitation que la première fois. Comme je tenais à continuer le médicament qui était bien indiqué dans ce cas, et que, d'autre part, je savais que les doses massives produisent quelquefois de l'aggravation, je lui ai fait continuer le *cactus* à la première dilution, et il le supporte assez bien.

Voilà, je crois, Messieurs, un fait incontestable de l'action énergique des doses infinitésimales ; croyez bien qu'il n'est pas fort rare d'en observer d'analogues.

Nous reviendrons, du reste, sur ce rhumatisme, et nous vous ferons l'histoire complète du malade.

TROISIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Endocardite rhumatismale (suite); observation; indications de *nitro-glycérite*. — Des aggravations médicamenteuses. — Indications d'*opium*, de *cal verum* et de *cyprus* dans le traitement de l'asthme. — Asthme, observation (suite). — Pleurésie, puis phthisie, suite de couches; observation. — Phthisie au début; observation; guérison par *ergoine* et *régime végétal*. — Valeur sémiologique de la douleur des espaces intercostaux supérieurs. — Pimpligis; observation; indications de *nitro-glycérite* et *opium*. — Lumbago; observation; indications d'*opium* et *cal verum*. — Angine erythémateuse; observation; indications de *belladonna*.

Vous avez pu voir, Messieurs, dans une chambre particulière un jeune homme, étudiant en droit, qui depuis quelque temps déjà était en traitement lorsque je pris le service des mains de mon prédécesseur. Je l'ai trouvé en proie à une fièvre assez violente, les jointures gonflées et douloureuses, et se plaignant d'une douleur vive dans la région du cœur. Le diagnostic de la lésion cardiaque n'était pas aussi facile qu'on eût pu le croire au premier abord. En effet, si l'ensemble des symptômes répondait à une endocardite, à l'auscultation nous trouvions les signes d'une insuffisance, puis d'un rétrécissement de l'orifice aortique qui prédominaient tour à tour. Deux bruits de souffle s'entendaient aussi à la pointe, un plus fort et systolique correspondait à une insuffisance mitrale; un moins fort diastolique correspondait à un rétrécissement auriculo-ventriculaire. On percevait de plus un léger frottement à l'endroit où la pointe du cœur vient frapper la paroi costale. Dans les carotides on entendait un seul bruit de souffle; enfin,

au bout de quelque temps nous eûmes pour compléter le tableau le pouls vibrant et caractéristique auquel Corrigan a attaché son nom.

En résumé, ce malade présente les signes d'une insuffisance avec rétrécissement aux orifices aortique et auriculo-ventriculaire, seulement comme cette lésion est encore en évolution, les signes du rétrécissement et de l'insuffisance prédominent tour à tour. Voici, du reste, l'observation détaillée :

OBSERVATION III. — *Rhumatisme articulaire aigu avec endopéricardite.*

M. L. P., 23 ans, étudiant, a eu en 1864 une première attaque de rhumatisme avec péricardite; il a gardé le lit pendant trois mois et a conservé de cette première attaque une affection cardiaque.

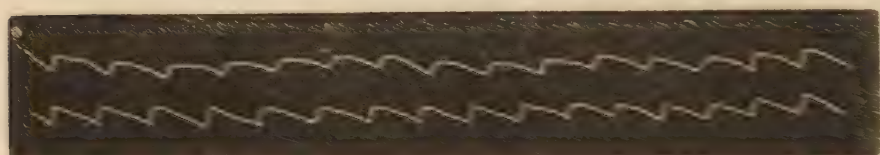
En mai 1866, ce jeune homme fut repris d'une recrudescence d'endocardite suivie de pleurésie; et il garda le lit pendant deux mois.

En 1871 le malade contracta la syphilis : chancre, roséole, plaques muqueuses; depuis aucun accident et santé relativement bonne.

En 1873, nouvelle attaque de rhumatisme articulaire. Le malade entre à l'hôpital Saint-Jacques le 24 décembre 1873.

Etat actuel. — Mouvement fébrile assez intense, jointures des doigts gonflées et douloureuses, douleurs vives dans la région du cœur; dyspnée. Cœur notablement hypertrophié, frottement péricardique à la pointe; en ce même lieu bruit de souffle diastolique et systolique (insuffisance et rétrécissement mitral); à la base bruit de souffle systolique et diastolique prédominant au pre-

mier temps (insuffisance et rétrécissement aortique avec prédominance du rétrécissement). Tracé sphymographe : ligne ascendante très-courte, un peu oblique, plateau, ligne descendante très-longue, sans diastolisme ; quelques inégalités. Pouls petit, faible et fréquent ; bruit de souffle au premier temps dans les carotides et dans la crurale. Les signes physiques du rétrécissement aortique prédominent donc chez notre malade (1^{er} tracé).



Tracé 1.

16 janvier. *Chininum sulfuricum* (3^e trit.) 20 cent. dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Le 17. Soir, P. 96 ; matin, 92. Le souffle à la pointe paraît moins fort ; — même traitement.

Le 20. matin, 84 pulsations ; hier soir, temp. 38° 2, pouls 104. Douleurs articulaires, — *chininum sulfuricum* (2^e trit.).

Le 21. Les douleurs articulaires sont bien diminuées, douleur assez vive à la pointe du cœur, *chininum sulf.* (2^e trit.) 30 cent.

Le bruit de souffle à la base devient prédominant pendant la diastole (2 temps) ; le pouls devient grand et vibrant, sans intermittence ; le tracé sphymographique nous donne un type d'insuffisance aortique, ligne ascendante verticale très-élevée, se terminant par un crochet :

lignes descendantes avec diastolisme très-marqué (2^e tracé).

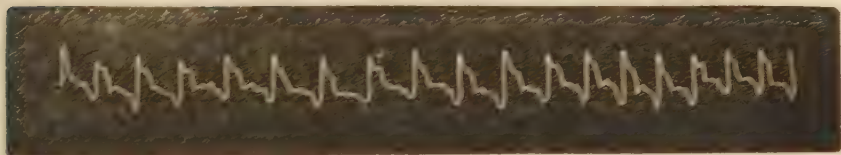


FIGURE 2

Le 22. Même état. cactus 6 / 2 gouttes dans 200 grammes d'eau : une cuillerée toutes les trois heures.

Le 23. Grande agitation depuis que le malade prend ce médicament ; insomnie ; expectation.

Le 24. Le pouls qui était à 92 est tombé à 84 le matin, — sommeil très-bon ; les douleurs au cœur qui étaient insupportables les jours précédents sont très-apaisées depuis la suppression du médicament.

Les 25 et 26. Le malade a bien dormi ; pas de douleur au cœur ; 88 pulsations ; le soir et le matin ; cactus (12^e) 4 globules.

Le 27. Nuit moins bonne ; la douleur cardiaque est très-vive. On supprime cactus.

Le 28. Nuit notablement meilleure. Aucune douleur. Cactus 1^{er}, gouttes 3.

Le 29. L'amélioration continue, cactus 1^{er} gouttes 3.

Le 30. La nuit a été très-agitée, insomnie ; — le malade a mal à la gorge depuis hier soir ; par le fait de cette angine le pouls était hier soir à 124 pulsations ; temp. 39^o,5 ; ce matin 39 ; pouls 92 ; belladone, teint. mère, gouttes 3.

Le 31. Fièvre du soir 41,2, — le matin 92, — l'angine a diminué ; les amygdales sont moins gonflées ; — la douleur est moindre, belladone (teint. mère) gouttes 3.

2 février. Il n'y a plus de fièvre; plus de mal de gorge. On revient à cactus 1^{re}, gouttes 3.

Le 3. Le pouls est moins vibrant, dito.

Le 4. Moins de douleur à la pointe du cœur.

Eu égard à l'état général j'administrerai, le *chininum sulf.* 2^e et 3^e *trit.* qui me réussit habituellement (le malade avait déjà pris *aconit.* et *bryone*), sous l'influence de ce médicament l'état général parut un peu plus satisfaisant, les jointures étaient moins douloureuses, mais l'état du cœur étant toujours le même, je prescrivis *cactus grand.* 6^e. Vous savez que ce médicament nous a été donné par le Dr Rubini; ses indications principales sont: douleurs vives au cœur, allant quelquefois jusqu'à la syncope, sensation d'une main de fer; intermittence et inégalité du pouls; affluence du sang à la tête et céphalalgie intense. Le Dr O'Brien a publié dans le *Monthl homœopathic review*, un cas de guérison d'endocardite rhumatismale par le cactus. Quoique ce médicament ait échoué entre mes mains dans un cas analogue, je le recommande parce qu'il m'a réussi plusieurs fois.

Le lendemain de l'administration du cactus, le malade ayant présenté une aggravation considérable qui s'était traduite par une insomnie anxieuse et une douleur cardiaque intense, je fis suspendre le médicament. Pendant les deux jours suivants, le malade ayant été plus calme, je prescrivis cactus 12^e qui causa une nouvelle exacerbation, je revins au sucre de lait, même répétition; alors je prescrivis la première dilution qui fut bien supportée, et depuis quelque temps notre jeune homme continue à prendre son médicament et va de mieux en mieux; je ne l'ai interrompu que pendant

trois jours, pendant lesquels je lui ai fait prendre de la belladone, contre une légère angine intercurrente.

Je dois, messieurs, à cette occasion vous dire un mot des aggravations médicamenteuses, c'est une question souvent agitée dans l'école homœopathique, et qui n'est pas encore complètement résolue. Vous trouverez en effet des médecins de notre école qui les nient complètement, d'autres au contraire qui croient en observer à chaque pas. Ni les uns, ni les autres, à mon avis, ne sont dans la vérité, et là comme en bien d'autres circonstances, je pense qu'il faut savoir rester dans un juste milieu. Cette question, du reste, est d'autant plus délicate qu'on ne s'accorde peut-être pas assez bien sur ce qu'on doit entendre par une aggravation médicamenteuse. Et d'abord, lorsque vous donnez un médicament et que malgré cela l'état de votre malade empire, il faut bien savoir distinguer si c'est à l'action médicamenteuse ou à la marche de la maladie qu'il faut vous en prendre. Ensuite lorsque vous voyez se produire un phénomène pathogénétique, par exemple de la diarrhée ou un exanthème pendant l'administration de l'arsenic, ces phénomènes ne peuvent passer pour une aggravation médicamenteuse. Que devons-nous donc entendre par ce mot ? C'est l'aggravation des symptômes de la maladie par le médicament homœopathique analogue à ces mêmes symptômes, aggravation suivie généralement d'une amélioration, lorsqu'on arrête l'emploi du modificateur. Il se passe là un phénomène tout à fait comparable à celui qui s'observe à certaines eaux minérales, aux Eaux-Bonnes par exemple, et notamment au Mont-Dore pour les phthisiques.

Pendant la cure et immédiatement après, les malades

éprouvent souvent des aggravations dans les symptômes de la maladie : la toux, l'hémoptysie et la fièvre; puis, dans les cas heureux, cet orage se dissipe et les malades vont beaucoup mieux qu'avant la saison des eaux. De même notre malade a éprouvé du caëtus une aggravation des douleurs et de l'insomnie, puis une amélioration notable a suivi l'administration du médicament, enfin il a semble s'accoutumer à l'action du médicament à dose plus forte.

Nous reviendrons dans la prochaine leçon sur les phases différentes présentées par la lésion cardiaque.

Jetons maintenant un coup d'œil sur quelques malades actuellement en traitement. A propos de la femme couchée au n° 4 et atteinte d'un asthme en voie d'amélioration, je vous ai fait l'histoire de l'*ipeca* dans cette maladie. Immédiatement après la racine du Brésil, nous devons noter l'*arsenic* qui nous rend aussi de très-grands services, et dont l'usage est traditionnel en pareil cas. C'est sa présence dans les eaux du Mont-Dore, qui les rend si précieuses contre cette pénible maladie. L'*arsenic*, du reste, renferme dans sa pathogénésie : coryza avec eternumens incessants et écoulement d'eau ; respiration difficile et sifflante avec constriction de la poitrine, et ce n'est pas seulement Hahnemann qui vous trace ce tableau ; Morgagni, Guldenkee, Rau, Guilbert, ont observé les mêmes phénomènes.

L'indication de l'*arsenic* se tire de la prédominance des symptômes pendant la nuit, de l'anxiété, de la tendance à la syncope, d'un sentiment de brûlure dans la poitrine, mais surtout d'une *expectoration spumeuse analogue à des blancs d'œufs battus*.

Viennent ensuite *nux vomica* et *cuprum*, qui vous ren-

dront de signalés services, particulièrement dans l'asthme spasmodique, *sec*, avec contraction diaphragmatique. *Nux* convient principalement quand il y a du coryza avec éternument; quand les accès ont lieu après le repas ou le matin, enfin quand le malade est hémorrhédaire. *Cuprum* est le grand médicament de la crampe, il réussira surtout lorsque les lèvres seront bleuâtres et cyanosées, et que l'élément spasmodique prédominera (1).

OBSERVATION I (suite), salle n° 1. — *Asthmes*.

Cette femme, âgée de 60 ans, est hémorrhédaire, son asthme a déjà huit années d'existence, il cessel'été pour revenir l'hiver, nous l'avons laissée à notre dernière leçon améliorée par arsenic, et prenant *arsenic* le matin et *nux vomica* le soir, ces deux médicaments à la 3^e trituration.

Nous devons ajouter aux signes présentés par le poumon, sonorité exagérée avec expiration prolongée et sibilante, l'existence d'intermittence dans les mouvements du cœur sans bruits anormaux, signes probables d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire.

La malade, sous l'influence d'*arsenic* et de *nux vomica*, éprouve une véritable amélioration. — Sommeil, peu de toux, moins d'expectoration, mais les signes de l'emphysème persistent.

Le Kermès (1^{re} trit.) continué jusqu'au départ de la malade diminue beaucoup l'expectoration, la malade sort le 11 juin, soulagée mais non guérie.

A côté de cette malade, au n° 2, est une femme entrée

(1) Voyez un article du Dr Claude sur l'emploi du cuprum dans l'asthme, *Bulletin de la Société homœopathique*, année 1872.

il y a quelques jours pour une pleurésie contractée peu de temps après ses couches.

La pleurésie s'est complètement résolue sous l'influence de *cantharis*, mais les deux sommets présentent des signes de ramollissement tuberculeux ; et une fièvre hectique avec frisson quotidien, appelait l'administration d'*arsenicum*. Je l'ai donnée à la 12^e dilution, et j'ai obtenu une amélioration évidente des phénomènes subjectifs. malheureusement le thermomètre marque toujours près de 40 degrés, et la maladie n'est pas enrayée. Cependant les forces reviennent un peu, l'appétit est bon, l'épanchement complètement résolu, et j'espère pouvoir l'envoyer bientôt à la campagne, dont le séjour pourra retarder l'évolution de sa maladie. Je mets cette malade à l'usage du phosphore ; elle est au régime maigre. Voici l'observation de cette malade :

OBSERVATION IV. — *Phthisie pulmonaire*.

M^{me} Salmon, 40 ans, couturière, entrée le 24 janvier, sortie le 44 mars salle 4, n^o 2.

Cette femme a toujours été d'une bonne santé.

Accouchée il y a trois mois, elle prit froid huit jours après ses couches.

Une toux sèche, de l'oppression, furent la suite de ce refroidissement, et l'obligèrent à garder la chambre pendant un mois. Elle eut en même temps un point de côté à droite et perdit l'appétit.

Au bout de ce mois elle commença à travailler sans que sa santé fût rétablie.

Pour aller à son travail elle était obligée de faire une longue marche. Pendant deux mois elle éprouvait tous

les soirs, en rentrant, un frisson, et elle avait pendant la nuit des sueurs bornées au côté droit.

L'appétit était presque nul, ses forces diminuaient tellement, qu'à la fin elle ne put plus rentrer à pied le soir.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate une matité absolue à droite. Cette matité occupe les deux tiers inférieurs du thorax. La ligne qui la circonscrit en haut affecte une forme parabolique. Le murmure vésiculaire fait complètement défaut.

La main appliquée sur la poitrine ne perçoit pas de vibrations thoraciques. Egophonie; pas de souffle; les règles ne sont plus revenues depuis les couches; antérieurement elle était toujours bien réglée.

La malade a de la fièvre principalement entre une heure et cinq heures du soir. La température est toujours entre 39° et 40°.

25 janvier. Canth. (5^e). 3 gouttes dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les trois heures. Régime maigre.

Le 26. Soir, temp. 39,2, puls. 100. — Matin, temp. 39, puls. 96; la respiration revient un peu dans le côté droit. — Même traitement.

Le 27. Temp., soir 39, puls. 84. — Matin, temp. 39; puls. 92; la respiration s'entend davantage. — La malade a de l'appétit. — Même traitement.

Le 28. Soir, temp. 39,4, pouls 100. — Matin, t. 39,2, puls. 96. — L'épanchement continue à décroître. — Même traitement.

Le 29. Depuis deux jours il y a un frisson vers 2 heures de l'après-midi; à ce moment le pouls bat 108, la temp. est de 39,4. — Ce matin elle est de 39, le pouls bat 92. — La pleurésie va très-bien, mais les deux sou-

ments, examinés avec soin, sont le siège d'une infiltration tuberculeuse en partie ramollie. Arsenic (12^e). 6^e globules dans 200 grammes, une cuillerée toutes les trois heures.

Le 30. *Les frissons ont disparu*, mais la fièvre du soir persiste, 39,5, pouls 88. — Matin, temp. 38,8. — Même traitement.

Le 31. Les frissons n'ont pas reparu. Soir, temp. 38,2. — Matin, pouls 92, temp. 38. — Même traitement.

2 février. Pouls et temp. normaux, excepté vers 2 h. A ce moment elle a de la fièvre, mais pas de frisson. — Même traitement.

Le 3. Mouvements fébriles irréguliers. Hier soir, à 5 heures, temp. 40°, à 6 heures 39,6; ce matin, t. 39; pouls, 96.

Le 5, à 3 h., t. 40; le soir, à 6 heures, t. normale; malgré cette fièvre l'épanchement est complètement résolu. Phosphorus (30^e), 4 globules dans 125 grammes d'eau; trois cuillerées par jour.

Il y a un autre phthisique, couché dans une chambre particulière; c'est un jeune élève en pharmacie, chez lequel vous avez pu reconnaître les signes d'une énorme caverne dans le sommet du poumon droit. Je l'ai mis au régime maigre, mais j'ignore s'il pourra le supporter, car il accuse depuis ce moment une diarrhée qui est quelquefois la conséquence de ce régime, en même temps qu'elle le contre-indique; je vous en reparlerai, du reste, ultérieurement.

C'est le moment de vous parler d'un jeune homme atteint d'une *bronchite suspecte*, et qui est sorti entièrement guéri sous l'influence de *bryon*, et du régime maigre.

OBSERVATION V. — *Phthisie.*

Morquet, 17 ans tourneur en bois, entré le 14 janvier, sorti le 23 janvier. Salle des hommes, n° 5.

Les antécédents de famille sont peu favorables.

Le père et la mère sont morts tous les deux de la poitrine il y a quatre ans, à trois mois d'intervalle, après avoir toussé pendant longtemps.

Ce jeune homme présente, du reste, les caractères extérieurs d'un tuberculeux : taille élancée, poitrine rétrécie.

Ses frères, nous dit-il, sont d'une bonne santé ; le plus jeune, cependant, a mal aux yeux depuis son enfance : cette affection pourrait parfaitement se rattacher à une constitution scrofuleuse.

Le malade a été antérieurement d'une assez bonne santé.

Après un refroidissement il fut atteint, le 23 décembre dernier, d'une toux sèche, quinteuse, contre laquelle il ne fit aucun traitement.

Les crachats étaient peu abondants et nullement teints de sang. Pas de fièvre.

Il entra à l'hôpital le 14 janvier, et voici ce que l'examen du malade nous révèle :

Percussion. — La percussion rend, en arrière, au sommet du poumon gauche, un son obscur, un peu mat ; au sommet du poumon droit et à la base des deux poumons, le son est normal.

Auscultation. — On entend au sommet des râles humides et sibilants qui existent tantôt à gauche, tantôt à droite. L'expiration est rude et prolongée à gauche.

Le malade se plaint d'une douleur dont l'intensité est accrue par la toux et par la pression. Cette douleur existe depuis le jour où il a commencé à tousser; elle siège à gauche, en avant dans l'espace intercostal, en arrière dans la fosse sus-épineuse.

15 janvier. Dès son entrée à l'hôpital, on le met au régime maigre. Pas de fièvre, P. 50. — Bryon : (12°), 4 globules.

Le 19. La douleur névralgique a disparu en arrière, en avant elle existe encore, mais beaucoup moins forte que lors de son arrivée.

La toux est moins fréquente; quelques quintes le soir. Pas de fièvre. P. 54. — Bryon : (12°).

Le 21. L'état général s'améliore; la douleur névralgique de la partie antérieure de la poitrine disparaît peu à peu. Crachats verdâtres peu abondants. — Bryon. 6.

Le 22. La toux a disparu complètement. — Bryon 6. P. 50.

Le 23. La pression ne cause plus de douleur à la région antérieure de la poitrine. — Bryon. 6. P. 50.

Le 25. Le malade sort complètement guéri.

J'appelle votre attention sur la valeur séméiotique de la douleur des espaces intercostaux supérieurs. Dans la phthisie cette douleur, qui augmente par la pression et par les mouvements respiratoires, est en rapport avec une névralgie intercostale, laquelle dépend d'une pleurésie sèche, et cette pleurésie sèche est elle-même en rapport avec la tuberculisation des sommets du poumon, d'où la signification de la douleur des espaces intercostaux supérieurs chez un malade qui tousse. Quant au régime maigre dans la phthisie, nous y reviendrons bientôt.

Un mot en finissant, d'un petit malade en voie de guérison d'un pemphigus, contre lequel *rhus tox*, et *cantharis* ont suffi pour amener une prompte guérison. Voici en quelques lignes l'observation de ce malade.

OBSERVATION VI. — *Hygroma suppuré, pemphigus*
(N° 1, salle des hommes).

Vansot, 17 ans, étudiant, entré le 16 janvier, sorti le 1^{er} avril.

Ce jeune homme fit, il y a un mois, une chute sur le genou gauche. Un léger gonflement, non douloureux, de la région s'ensuivit, et ne l'empêcha pas de marcher comme d'habitude.

Au bout de quinze jours, il ressentit de la douleur au point où le genou avait porté ; le genou enfla, et le malade ne put plus faire aucun mouvement.

Plusieurs fois, avant son entrée à l'hôpital, du pus s'était fait jour, puis la plaie se refermait.

A l'examen du malade, on trouve une plaie transversale d'une étendue assez peu considérable et constituée par l'ouverture de la bourse séreuse prérotulienne.

17 janvier. On établit la compression, à l'aide d'un bandage silicaté, en même temps qu'on donne à l'intérieur silicea 30°.

Le 24. La poche paraît fermée. L'écoulement séreux est tari. Depuis hier le malade a de la fièvre, en même temps des bulles de pemphigus apparaissent à la face et sur diverses parties du corps. Je donne *rhus toxicodendron* (3^e dil.), 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Le 30. Les bulles de pemphigus diminuent sur tout le

corps, mais apparaissent sous le bandage qui établissait la compression de l'hygroma. De violentes douleurs nous obligent à cesser la compression. Le malade a des frissons et de la fièvre. — Aconit (2^e trit.).

Le 31. Le malade n'a plus de frissons. La fièvre est toujours très-forte. T. 39°,5. P. 92. — Même traitement.

1^{er} février. La fièvre a fortement baissé. Le pemphigus de la jambe disparaît, mais de nouvelles bulles se montrent les jours suivants, et c'est seulement après huit jours de l'usage de *cantharis* (3^e), que cette affection disparaît complètement.

Le 6. On fait une première injection iodée au tiers.

Le 7. Inflammation de la bourse séreuse et des parties environnantes.

Le 15. On remet un second bandage silicaté.

L'application de ce bandage dure jusqu'au 1^{er} mars. Ce jour-là, le malade se plaint de douleurs assez vives ; on enlève le bandage. La poche sécrète de nouveau un liquide séreux assez abondant.

Le 2 mars. On fait une nouvelle injection iodée qui ne détermine aucune inflammation.

A partir de ce jour, on établit une compression graduée à l'aide de rondelles d'amadou.

Grâce à ce mode de compression, l'écoulement disparaît très-rapidement, en l'espace de quinze jours.

La poche diminue d'étendue, l'ouverture externe se rétrécit et on permet au malade de se lever.

Depuis lors jusqu'à son départ, aucun accident nouveau n'est survenu, et le malade sort guéri.

J'ai encore à vous parler de deux malades atteints

d'affections bénignes, un *lombago* et une *angine érythémateuse*.

OBSERVATION VII. — *Lombago* (Salle des hommes, n° 3).

Alexandre Duroy, 17 ans, étudiant. Entré le 17 janvier, sorti le 31 janvier.

C'est un jeune homme lymphatique, porteur de nombreux accidents strumeux. Sujet, depuis son enfance, aux fluxions dentaires avec abcès.

Il y a quinze jours, il fut pris, sans cause connue, d'un *lombago* assez intense. On le reçoit dans les salles, le 18 janvier, après lui avoir prescrit inutilement *bryonia* (3^e). On le soumet au traitement de l'*actæa racemosa* (1^{re} dil.). La douleur persiste trois jours, mais va en diminuant.

C'est le 24 que l'amélioration devient très-sensible. On lui continue le même médicament jusqu'à la fin.

Il sort guéri le 31 janvier.

Voici maintenant l'observation de l'*angine*.

OBSERVATION VIII. — *Angine érythémateuse* (Salle 1, n° 3).

Tromelet (Joséphine), 14 ans et demi, polisseuse, entrée le 22 janvier, salle n° 3, sortie le 25.

Cette jeune fille a toutes les apparences d'une constitution lymphatique.

Elle est très-sujette aux angines, et tous les hivers, souvent sans cause connue, elle est prise de maux de gorge. Elle nous dit aussi être atteinte presque constamment de céphalalgie plus ou moins intense.

L'angine dont elle souffre en ce moment a débuté le 18, avec de la fièvre et de la céphalalgie plus violente que d'ordinaire. Elle n'a été exposée, ces derniers jours, ni au refroidissement, ni à l'humidité.

Entrée à l'hôpital le 22 janvier, elle présente les symptômes suivants :

Elle se plaint d'une douleur vive, siégeant en arrière du pharynx, exaspérée par les mouvements de déglutition que provoque la salive accumulée dans l'arrière-gorge.

La voix est très-altérée.

La muqueuse de l'arrière-gorge est rouge, luisante. Les ganglions sous-maxillaires ne sont point engorgés. Mouvement fébrile assez léger. Pulsation 90.

22 janvier. *Belladone* (3^e dil.).

Le 23. La déglutition est devenue un peu plus facile ; le mal de tête a diminué sensiblement. Pulsations 86. *Solubilis* 3^e.

Le 24. L'amélioration s'accroît de plus en plus ; la céphalalgie a disparu complètement. Les mouvements de déglutition ne sont plus douloureux.

Le 25. La malade sort complètement guérie.

QUATRIÈME LEÇON. — 20 février 1874.

SOMMAIRE. — Des signes de l'emphysème; Louis et l'école numérique. — Indications des *antimoniaux* dans le traitement de de l'asthme. — Ménorrhagie *hamamelis*. — Le pneumonie lobulaire est une *bronchite grave*. — Rhumatisme articulaire et endopéricardite; observation (suite), évolution et modification des lésions cardiaques démontrées par le sphygmographe. — Aggravation par le *cactus*; heureux effets de la *spigelia*. — Pleurésie suivie de phthisie; observation; *régime maigre*; indications de *iodium*, *arsenicum*. — tumeur blanche; indications de *argentum* dans les affections scrofuleuses des os. — Fièvre typhoïde bénigne; observations. indications de *bryona* et *china*. — Inconvénients des diagnostics fantaisistes. — Le traitement homœopathique peut abrégier la durée des maladies cycliques.

Vous vous rappelez, Messieurs, que le lit n° 1 était occupé par une femme ayant un asthme humide. Lorsqu'elle est entrée dans nos salles, cette malade se plaignait d'une dyspnée revenant principalement la nuit; je ne parle pas du catarrhe qui accompagnait ses étouffements et qui donnait à la physionomie de notre malade un cachet tout particulier. La santé de cette femme était très-améliorée lorsqu'elle nous quitta. Il restait, à la vérité, un peu de toux et les traces de son emphysème, mais elle n'avait plus ni la dyspnée, ni la toux si fréquente dont elle se plaignait à son entrée.

Dans notre deuxième leçon, je vous ai parlé de la lésion de l'asthme, l'emphysème; et je vous ai dit que j'admettais deux degrés de cette lésion : un premier degré, essentiellement passager et guérissable, dû à la dilatation des vésicules pulmonaires, c'est l'*emphysème transitoire*; l'autre, complètement incurable, dû à la di-

lataction définitive des vésicules pulmonaires et à la destruction par atrophie des cloisons qui les séparent : c'est l'*emphysème définitif*. Je dois à ce propos revenir devant vous sur l'incertitude des signes qu'on attribue à l'emphysème, incertitude qui tient précisément à l'absence d'une distinction suffisante des deux espèces d'emphysème.

Louis, qui ne distingue pas l'emphysème définitif de l'emphysème transitoire, assigne cinq signes à l'emphysème pulmonaire : 1° la voussure circonscrite du thorax ; 2° la sonorité exagérée ; 3° l'absence du murmure vésiculaire ; 4° les râles sibilants et sonores ; 5° un bruit respiratoire rude.

Remarquons, en passant, que cet homme qui a eu une si étrange renommée d'observateur *exact et consciencieux*, dit *absence du bruit respiratoire*, au lieu de *diminution*, et qu'il oublie le signe pathognomonique de l'emphysème, l'expiration prolongée !

Ajoutons, pour édifier notre jeune génération sur l'intelligence médicale de l'école *numérique*, que ces cinq signes, attribués à l'emphysème, n'avaient de valeur que lorsque plusieurs d'entre eux existaient simultanément, et que Louis ne les a rencontrés réunis que quatre fois sur quatre-vingt-dix cas !

Nous ne ferons pas l'histoire des contestations et des critiques qu'a rencontrées cette séméiologie ; nous résumerons en quelques lignes les signes des deux degrés de l'emphysème.

Emphysème transitoire. — Sonorité exagérée, expiration prolongée, spasmodique en deux temps, presque toujours sibilante.

Emphysème définitif. — Sonorité exagérée, contrastant

avec la faiblesse des bruits respiratoires. S'il y a du catarrhe concomitant, on entend des râles humides, et comme ces râles renforcent le bruit respiratoire, on reconnaît encore l'expiration prolongée.

Chez la malade du n° 1, après avoir modifié la dyspnée avec l'ipéca et l'arsenic, nous nous sommes adressé aux antimoniaux pour modifier le catarrhe.

Vous savez qu'il en existe trois principaux : l'*émétique*, le *sulfure d'antimoine* ou *kermès*, et l'*arséniate d'antimoine*. — L'*émétique* est indiqué dans le catarrhe avec état fébrile, lorsque la toux est grasse, surtout lorsque la face est congestionnée; qu'il y a absence de soif et état somnolent. Le kermès s'emploie également dans le catarrhe avec expectoration abondante et matutinale, mais lorsqu'il n'y a pas de fièvre.

Quant à l'arséniate d'antimoine, son étude expérimentale est encore à faire. Cependant c'est un bon médicament que nous employons empiriquement, quand la toux est grasse et accompagnée de dyspnée. Ces médicaments s'emploient en général de la première à la troisième trituration, 20 centigr. dans 200 gr. d'eau; trois ou quatre cuillerées en vingt-quatre heures.

Je ne vous dirai qu'un seul mot aujourd'hui de la malade couchée au n° 2. Vous vous rappelez que c'est une phthisique, et que la phthisie a été précédée d'une pleurésie survenue pendant l'état puerpéral. Depuis quelque temps, elle a une fièvre hectique avec le type retardant. Cette fièvre, qui est très-forte, puisque le thermomètre monte à 40°, s'accompagnait de frissons. Ce dernier symptôme, je vous l'ai déjà dit, a disparu par l'arsenic (12^e dilut.). Phosphore (30^e puis 12^e), qu'elle

prend depuis huit jours, a diminué la fièvre et la toux.
— En somme, la malade va beaucoup mieux. Nous vous en reparlerons.

Au n° 3 de la salle des femmes est une hystérique, dont un jour nous vous ferons l'histoire complète. Notons seulement aujourd'hui que l'*hamamelis* (1^{re} dilut.), donné contre les règles trop abondantes dont souffre habituellement cette malade, a produit un heureux résultat.

Vous avez vu dans une des chambres particulières une enfant de 23 mois, en proie à une dyspnée considérable compliquée de somnolence et d'un mouvement fébrile très-intense. Cette enfant, dont je vous donnerai l'histoire complète dans notre prochaine leçon, est atteinte d'une affection aiguë du poumon, qui a reçu des noms très-divers; c'est la *pneumonie lobulaire*, la *bronchite capillaire*, le *catarrhe suffocant*. Pour moi, je l'appelle *bronchite grave*. Nous disons en premier lieu *bronchite*, parce qu'effectivement la lésion primitive siège dans les bronches, et que les congestions, et même les hépatisations disséminées qui compliquent habituellement cette maladie sont secondaires; qu'elles suivent l'inflammation des bronches, comme l'épididymite suit l'inflammation de l'urèthre. J'ajouterai que la marche des symptômes est celle de la bronchite, et non celle de la pneumonie; que les circonstances étiologiques et l'influence épidémique militent encore pour faire rentrer cette maladie dans le cadre des affections catarrhales.

Nous ajoutons l'épithète *grave*, car cette maladie est beaucoup plus meurtrière que la pneumonie, et que si

les auteurs discutent sur le nom et la nature de la maladie, ils sont complètement d'accord sur sa gravité.

Notre petite malade est déjà au onzième jour de sa bronchite; la température est de 40°; l'oppression considérable. Les deux poumons présentent des râles sous-crépitants et du souffle disséminé; c'est donc un cas aussi grave que possible. Mais l'enfant prend *ipéca* (12^e), et *bryonia* (12^e dilut.). Nous avons la plus grande confiance dans cette médication, et nous espérons vous annoncer une guérison dans notre prochaine clinique.

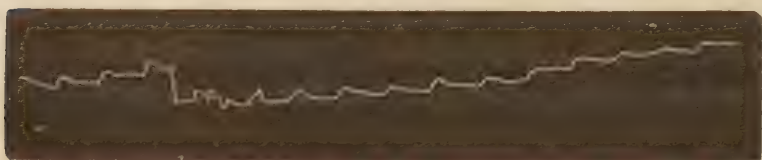
Je reviendrai aujourd'hui sur l'histoire de ce jeune homme couché en chambre particulière et atteint d'une *endo-péricardite rhumatismale*. Je vous fais passer les différents tracés sphymographiques que nous avons pu prendre à différentes époques chez ce malade, et vous voyez que les tracés se rapportent les uns au rétrécissement, les autres à l'insuffisance aortique. C'est que nous avons assisté ici, non à une lésion définitive, mais à une lésion en voie d'évolution; ce qui nous a permis de constater que les lésions se modifient avec la marche de l'inflammation, et que, par conséquent, elles ne sont point complètement incurables puisqu'elles peuvent changer.

Mais reprenons d'abord cette observation où nous l'avons laissée.

OBSERVATION III. — *Rhumatisme articulaire aigu avec endopéricardite.* (Suite.)

Le 5. Le malade est depuis quelques jours à l'usage du *cactus*, 1^{re} dilution; il le supporte bien; les nuits sont calmes; il n'y a pas de douleur au cœur; le pouls est *faible* et intermittent; le tracé donne une ligne ascen-

dante oblique, très-courte, terminée par un *plateau*; la ligne descendante est très-longue et très-oblique; il y a de grandes inégalités dans les pulsations et des intermittences; c'est le pouls de l'insuffisance mitrale du rétrécissement aortique et de l'aortite; il contraste avec le pouls de l'insuffisance que nous avons il y a quelques jours; le *cactus* est continué.

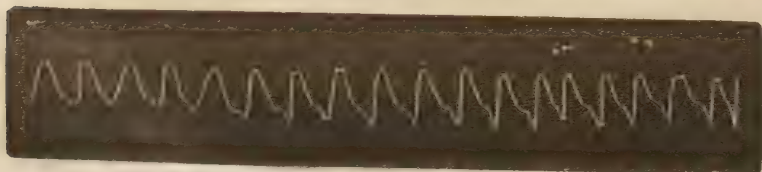


TRACÉ 3.

Le 12. Les douleurs au cœur reparaissent.

Le 13. Les douleurs augmentent; elles s'accompagnent d'intermittences, qui sont ressenties par le malade et sont très-douloureuses; elles troublent le sommeil. Cependant les souffles ont diminué d'intensité; on suspend le *cactus*, qui avait été porté à 12 gouttes de la première dilution, et on le remplace par *spigelia*, T. M., une goutte.

Le 14. Sous l'influence de *spigelia*, le pouls prend plus d'ampleur; les intermittences disparaissent. Cependant les signes de l'aortite existent encore, mais ceux de l'insuffisance sygmoïde reparaissent; branche ascendante très-longue, mais pas complètement verticale; plateau très-marqué; ligne descendante presque sans disrotisme.



TRACÉ 4.

Le 16. Les douleurs du cœur sont moindres, mais le malade a de la fièvre; 108 pulsations; il y a un retour des douleurs articulaires, et surtout du mal de gorge qui nécessite l'administration de *belladone*, T. M., 2 gouttes.

Le 18. Il n'y a plus de mal de gorge; la fièvre subsiste; 112 pulsations; il y a un peu d'intermittence; on revient à *cactus* (1^{re}), 3 gouttes.

Le 19. Le malade est plus mal; insomnie complète; intermittence très-douloureuse, surtout pendant la nuit; on suspend encore le *cactus*.

Le 20. Pas d'amélioration; *spigelia* (3^e), 3 gouttes.

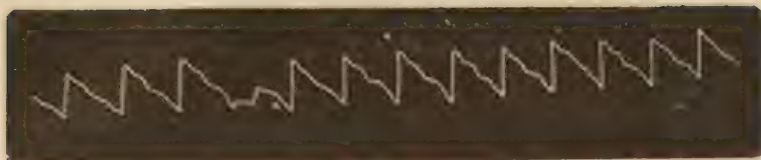
Le 21. Le malade est mieux; le pouls très-bon; néanmoins, il bat 120. Ce mouvement fébrile est entretenu par les arthrites rhumatismales; les intermittences ont disparu. On n'entend plus que le souffle du second temps à la base; le frottement péricardique et les signes de l'insuffisance mitrale persistent, *spigelia* (3^e), 3 gouttes.

Le 23. Légère amélioration, *spigelia* (1^{re}), 3 gouttes.

Le 25. Les intermittences ont disparu: le pouls est tombé; il y a moins de douleurs articulaires, mais peu d'appétit, *cactus* (1^{re}), 3 gouttes.

Le 27. Reprise des intermittences douloureuses, *spigelia* (1^{re}), 3 gouttes.

Le pouls reprend de plus en plus le caractère de l'insuffisance, le signe de l'aortite (le plateau) disparaît complètement. Nous avons une ligne ascendante complètement verticale avec un commencement de crochet, seulement la ligne descendante présente à peine les signes du dirotisme. Une intermittence très-marquée à la quatrième pulsation du tracé montre que l'insuffisance mitrale est toujours là.



TRACÉ 5

Le malade nous quitte pour rentrer dans sa famille; en somme, il est très-amélioré: il n'a plus la dyspnée du début; il ne souffre plus du cœur, mais il a peu d'appétit, peu de sommeil.

Si vous comparez les cinq tracés obtenus chez ce malade, vous vous convaincrez qu'à un certain moment, les signes du rétrécissement aortique étaient incontestables (1^{er} tracé); que ces signes, joints à un certain degré d'asystolie et aux signes de l'insuffisance mitrale, reparaissent dans le tracé n° 3, et qu'avant celui-ci, vous avez un tracé tout à fait type de l'insuffisance aortique, c'est le tracé n° 2. Enfin le malade, évidemment amélioré par la *spigelia*, présente de jour en jour les signes les plus évidents de l'insuffisance aortique jointe à l'insuffisance mitrale, et il est probable que ces deux lésions resteront définitives.

Pour nous, le rétrécissement de l'orifice aortique et celui de l'aorte elle-même puisqu'il y avait un plateau manifeste, étaient produits par la perte d'élasticité des tissus, due à une recrudescence d'inflammation.

Notons enfin, au point de vue thérapeutique, l'heureuse influence de la *spigelia* sur les intermittences douloureuses du cœur et sur l'ensemble des symptômes de l'endocardite. Car c'est pendant son usage que le tracé s'est rapproché de l'insuffisance aortique, en même temps que l'état du pouls et de la respiration indiquait

une diminution notable dans l'inflammation de la membrane interne du cœur. Nous avons vu aussi la fâcheuse action du *cactus* reparaître jusqu'à trois fois chez ce malade et nous obliger à cesser définitivement ce médicament. Ainsi, c'est après son usage persistant et porté jusqu'à 12 gouttes de la 1^{re} dilution, qu'apparaissent les premières intermittences douloureuses. Ces signes se manifestent ensuite chaque fois que nous revenons au *cactus*.

Je vous dirai un mot du phthisique couché dans la chambre particulière. C'est un exemple de plus de la coïncidence de la pleurésie du côté droit et de la phthisie. Le régime auquel a été soumis le malade vous surprendra quelque peu, mais je reviendrai un autre jour sur le *régime maigre* dans la phthisie.

OBSERVATION IV. — *Phthisie précédée de pleurésie. — Amélioration.*

M. D..., 24 ans, étudiant en pharmacie, entré le 28 janvier, sorti le 31 mars.

Jusqu'à l'âge de 21 ans, ce jeune homme a joui d'une santé parfaite. Les antécédents de famille, du reste, sont excellents. Ses parents sont forts et vigoureux, et n'ont jamais toussé.

En 1871, il a eu, à droite, une pleurésie avec un épanchement assez considérable. Cette maladie avait guéri au bout de deux mois, lorsqu'il eut une rechute qui la prolongea de quatre mois.

A partir de cette époque, il commença à tousser, moins en été qu'en hiver.

En été, la toux se calmait; le matin seulement il expectorait des crachats blancs-jaunâtres.

En hiver, il était très-exposé aux rhumes, et cela depuis sa pleurésie.

Ces rhumes duraient toujours deux ou trois mois, étaient accompagnés d'une toux sèche, très-rebelle. En même temps, il avait, le soir, de la fièvre et des sueurs.

Malgré cette toux, sa santé générale était restée bonne. Il mangeait et buvait comme avant sa pleurésie.

Il n'a pas maigri.

Il y a trois semaines, à la suite d'un refroidissement, il commença à tousser plus qu'à l'ordinaire.

Quelques jours plus tard il eut un frisson, suivi d'un point de côté en avant de la poitrine, au-dessous du mamelon droit.

Examen du malade. — Percussion. — A gauche, son normal; au sommet droit, râles sous-crépitants, très-gros; pectoriloquie, surtout si le malade parle à voix basse.

20 janvier. *Iodium*, 3^e trit. *Régime maigre.*

Le 30. Le malade a de la diarrhée. *Arsenicum*, 3^e trit.

Le 31. Pas de garde-robes. Même traitement.

2 février. La diarrhée reparaît. On supprime le régime. *Arsenicum*, 3^e trit.

Le 3. La diarrhée n'a pas reparu. La toux est beaucoup moindre. Grand appétit.

Le 6. On remet le malade au régime. Même traitement.

Le 9. La toux a augmenté. Transpirations nocturnes. Même traitement. On continue le traitement jusqu'au 18 février.

Le malade ne pouvant pas supporter le régime mai-

gre complet, on lui donne un régime mitigé. Au reste, la toux a bien diminué. Les forces reparaissent. *Iodium*, 3^e trit.

Le 24. Le malade se lève et se promène durant le jour. Même traitement.

1^{er} mars. Le malade a assez de forces pour sortir toute une après-dînée. La toux a presque complètement disparu. L'expectoration est supprimée. On revient à *Arsenicum*, 3^e trit. On donne ce médicament jusqu'au départ du malade.

Le malade nous quitte, en fondant les plus hautes espérances sur sa santé à venir, mais portant au sommet droit une caverne parfaitement caractérisée.

Un mot seulement sur un homme atteint de *tumeur blanche du genou*.

Le mieux continue chez notre malade. Le tissu fongueux qui existait au début a fait place à des éléments anatomiques plus durs; aussi, la sensation de mollesse qu'on constatait par le toucher tend à disparaître.

Nous donnons *argentum*, qui produit chez l'homme sain des douleurs dans les os et les articulations, et qui a guéri plusieurs fois la scrofule osseuse. Je me rappelle avoir traité une dame pour deux accidents scrofuleux, accidents rebelles jusqu'alors à tout traitement. La première fois que je lui donnai mes soins, c'était pour un abcès froid dans le dos. Je fis une ponction; mais la collection purulente s'étant reproduite, je la traitai par *argentum*, qui amena, par résorption de l'abcès, une guérison complète de ce premier accident. A quelque temps de là, cette même personne eut une carie

d'un des os du métacarpe. Je m'adressai de suite à *argentum*, qui amena en très-peu de temps la guérison de cette affection.

Cette dame était atteinte d'affreuses métrorrhagies, entretenues par un corps fibreux de l'utérus. C'est cet accident qui m'avait engagé à prescrire *argentum oxydatum*, à assez fortes doses. La malade prenait la 1^{re} trituration, 5 centigrammes en deux fois, dans la journée.

Je dois vous parler aujourd'hui d'une fièvre typhoïde bénigne.

OBSERVATION V. — *Fièvre typhoïde bénigne.*

Mademoiselle Pinière, 26 ans, entrée le 22 février, sortie le 6 mars (salle II, n° 4).

Cette malade n'entra à l'hôpital que le dixième jour de sa maladie, qui avait débuté par des vomissements abondants, verdâtres, et par de la diarrhée.

Elle fut traitée en ville pour une *fièvre bilieuse* ! L'examen de la malade fournit très-peu de signes. Elle se plaint d'une céphalalgie siégeant surtout au niveau du front et d'un point de côté à droite et en avant sous les fausses côtes ; auscultation et percussion négatives. La sensibilité du ventre est normale, pas de taches ; pas de diarrhée ; perte d'appétit ; un mouvement fébrile continu. Les épistaxis du début, la durée de la maladie, font diagnostiquer une fièvre typhoïde bénigne.

Le 23. *Bryonia*, 3^e dil. ; pouls, 84 ; temp. du soir, 38°,4.

Le 24. Temp., 38°,4 ; pouls, 84 ; temp. soir, 38° : pouls, 80 ; la douleur de côté a beaucoup diminué ; la

fièvre persiste avec ce caractère d'être plus forte le matin que le soir.

Le 25. Il n'y a plus de douleur de côté; temp., matin, 38°,6; pouls, 80; temp., soir, 38°,4.

Le 26. On est au quatorzième jour de la fièvre. Matin, 38°,4; 80 puls., soir, 37°,6; pouls normal. État général très-bon. — *China*, 6°.

Le 27. Matin, 38°,2; pouls, 76; soir, 37°,5. La malade a de l'appétit.

A partir de ce jour, le mieux est très-sensible; la malade n'a plus de fièvre; l'appétit est revenu; les nuits sont bonnes. On continue *china* jusqu'à son départ, le 6 mars.

Nous ferons deux remarques à propos de cette observation. La première, c'est l'abus étrange que les médecins font du diagnostic fantaisiste: *fièvre bilieuse*! Qu'est-ce que cela peut vouloir dire? Pour un médecin au courant de la pyrétologie, c'est un non-sens; pour un praticien en embarras de diagnostic, c'est une branche à laquelle on s'accroche. Quand ce n'est pas fièvre bilieuse, c'est *fièvre muqueuse*; l'une est aussi peu scientifique que l'autre.

La seconde remarque, c'est qu'il est fréquent d'observer des fièvres typhoïdes, traitées par la médication homœopathique, se terminer prématurément au 14^e et au 17^e jour. Sans doute ici, comme pour toutes les maladies cycliques, la thérapeutique est incapable de *juguler* la maladie, d'en arrêter l'évolution naturelle; mais elle peut en abrégier la durée, et c'est beaucoup.

CINQUIÈME LEÇON. — 20 février.

SOMMAIRE. — De la suspension du médicament dans le traitement des maladies chroniques et de la répétition des doses. — Mouvement fébrile intermittent chez une hystérique ; un effet de *tarentula*. — Phthisie laryngée ; *phosphorus* et *argentum*. — Hystérie ; vomissement nerveux ; observation ; indications de : *nux vomica*, *ipeca*, *ferrum*, *bryonia*, *pulsatilla*. — Bronchite grave, observation ; *ipeca* et *bryone* puis *tartarus emeticus* ; guérison. — Névralgie intercostale ; observation ; indications de *bryonia* et de *nux vomica*.

Messieurs ,

Tout à l'heure, pendant la consultation, vous avez pu être étonnés en m'entendant dire à certains malades de ne revenir me trouver que plusieurs jours après avoir fini leur potion, à d'autres vous m'avez vu suspendre le médicament. Eh bien, cette pratique est due à Hahnemann, quoique vous la retrouviez quelquefois dans la médecine ordinaire, et surtout thermale. Les médecins d'eaux minérales sont d'accord sur ce point, qu'il est bon d'interrompre quelquefois tout traitement pour permettre à l'organisme de réagir librement contre le mal. Hahnemann a érigé cette méthode en principe lorsqu'il s'agit des maladies chroniques, et les médecins homœopathes, suivant son conseil, laissent habituellement des intervalles de repos chez leurs malades, pendant lesquels toute espèce de substance médicamenteuse est proscrite. On donne pour raison à la suspension des remèdes que ces derniers ayant une durée d'action quelquefois fort longue, dix, vingt, trente jours et plus, il fallait respecter cette action et ne pas la troubler ou l'entraver

par une intervention intempestive. Pour moi ce point de départ est faux, car cette durée d'action, déjà hypothétique sur l'homme sain, est certainement modifiée par l'état de maladie. Que nous dit, sur ce point, l'expérience clinique? que tantôt quelques doses suffisent à produire un mieux qui conclut, sans nouvelle influence thérapeutique, à une guérison radicale; que d'autres fois une seule dose médicamenteuse a pu procurer une amélioration, mais non la guérison, lorsque la persévérance dans le traitement l'eût certainement amenée. Ainsi un gramme de sulfate de quinine pourra produire une période apyrétique de dix-huit à vingt jours dans un cas de fièvre intermittente quarte, de quatorze jours dans une fièvre tierce, enfin de sept jours dans une quotidienne. Mais, si on s'en est tenu là, les accès reparaitront comme par le passé, tandis que des doses répétées auraient pu prévenir définitivement le retour de la maladie. Qu'est-ce donc qui doit nous guider dans cette question de la répétition ou de la non-répétition des doses? C'est la connaissance du modificateur et de son mode d'action, et non pas de sa durée d'action. Qu'est-ce, en effet, qu'un médicament? Un agent externe. Or, de même qu'en étiologie la cause externe ne produit pas par elle-même la maladie, de même en thérapeutique, le médicament ne guérit pas par lui-même, mais il sollicite l'organisme et lui donne l'impulsion nécessaire pour combattre le mal et s'en délivrer. Cette action du médicament étant admise, il en découle la nécessité de l'interrompre dès qu'il a imprimé une impulsion suffisante à la nature, *natura medicatrix*. Mais qui nous apprendra qu'il est temps d'interrompre notre médication? Il existe pour cela deux règles nettes et

certaines. Toutes les fois que vous observerez une aggravation suspendez le remède; si l'aggravation est suivie d'une amélioration ne revenez au médicament que lorsque cette amélioration cesse de faire des progrès; mais si l'aggravation, une fois passée, laisse la malade dans le même état, changez de médicament. Si l'administration du médicament produit une amélioration bien réelle, suspendez votre médicament tant que cette amélioration persiste; lorsqu'au contraire l'état du malade ne sera pas sensiblement modifié, continuez-lui le remède, ou cherchez-en un plus approprié.

Du reste, il n'est pas d'homœopathe qui n'ait observé des guérisons remarquables obtenues par l'administration de quelques doses d'un médicament convenablement choisi; pour moi, je vous citerai, entre plusieurs, l'exemple d'un enfant qui vint me trouver à ma clinique de la rue de Verneuil, afin de tenter la guérison d'une énorme scrofulide ulcéreuse, située à la partie moyenne du bras, remontant à plus d'un an, et contre laquelle les différents procédés allopathiques avaient échoué. Je lui fis prendre pendant huit jours une potion contenant quelques globules de *silicea* 30°, deux cuillerées par jour. Au bout de ce temps, ayant obtenu un peu d'amélioration, je ne lui prescrivis plus rien, et pourtant quatre semaines après l'affection scrofuluse était complètement guérie.

J'ajoute que telle n'est pas ma pratique dans les cas de maladies aiguës, où j'ai pour précepte de répéter les doses de médicament plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Après cette digression sur le domaine purement thé-

rapeutique, je reviens au sujet habituel de nos conférences, c'est-à-dire aux malades actuellement dans nos salles, et je commence par la femme du n° 3, qui nous présente un cas intéressant de ménorrhagie chez une hystérique.

Hamamelis avait diminué l'intensité des règles, mais cette malade était incommodée et affaiblie par une fièvre quotidienne vespertine et nocturne, se terminant par des diaphorèses assez abondantes. Je prescrivis alors *tarentula* 3^e trit., et dès le second jour, j'obtins une amélioration notable, suivie de la guérison complète de la fièvre le lendemain. Voilà incontestablement une action médicamenteuse évidente, et à ce sujet, je puis vous citer un autre exemple qui se présenta l'année dernière dans cet hôpital. Il s'agissait aussi d'une hystérique, sujette à une fièvre intermittente quotidienne, contre laquelle le *sulfate de quinine* s'était montré radicalement impuissant. Là encore j'obtins un succès définitif avec *tarentula*.

La malade qui vient ensuite occupe le n° 4, c'est une phthisique dont je vous ai déjà entretenu, et qui est entrée ici pour la troisième fois. Il y a chez cette femme complication de tubercules du larynx. *Phosphorus* a produit une légère amélioration, puis *argentum* à la 3^e trituration, qui avait paru d'abord donner de bons résultats, se montre aujourd'hui inefficace, à moins qu'il n'ait été la cause d'une aggravation médicamenteuse. Aujourd'hui, en effet, la malade s'est plainte de douleurs plus vives dans le larynx, j'ai suspendu de suite le médicament, et dans notre prochaine leçon, je vous dirai si dans ce cas nous avons eu affaire à une trop forte

action du remède, ou bien si le dernier n'était pas tout simplement insuffisant.

Vient ensuite une autre hystérique, âgée de 14 ans, non réglée, entrée pour se faire soigner d'une bronchite, et qui présente une affection que vous rencontrerez quelquefois chez les hystériques, ce sont des vomissements nerveux très-tenaces. Cette jeune fille vomit après le repas du soir, soit immédiatement, soit au bout d'une heure ou d'une heure et demie. Contrairement aux vomissements de l'indigestion qui sont si pénibles, les siens se font sans malaise, sans pâleur ni défaillance. En général, ces vomissements sont très-rebelles à la thérapeutique. Pour ma part, j'ai connu une dame chez laquelle ils avaient commencé à 7 ans avec la première apparition des règles; ils persistaient encore à l'âge de 40 ans. Pendant toute cette période de temps, elle a vomi quotidiennement, excepté, chose remarquable, pendant ses grossesses.

Une remarque encore, c'est qu'heureusement ces malades ne sont point trop affaiblies par ces crises répétées, et leur santé quant au reste est assez satisfaisante. Voici l'observation de cette jeune fille :

OBSERVATION XI. — *Hystérie. Vomissements nerveux.*

M^{lle} Rose, 14 ans, entrée le 10 février, sortie le 25 février. Cette jeune fille n'est pas encore réglée; nous la recevons dans la salle 11, n° 3, pour étudier ses vomissements. Ils présentent ce caractère, c'est qu'ils viennent sans nausées, sans douleur et comme par surprise. A ce caractère ajoutons-en un autre qui a égale-

ment une grande valeur, c'est que la malade, fille d'une hystérique, est elle-même sujette à des attaques hystériques parfaitement caractérisées ; enfin, ces vomissements sont rémittents. La région épigastrique n'est pas douloureuse. On ne sent ni empatement, ni tumeur.

Ici le traitement *nux vomica*, *ipeca*, *ferrum*, *bryonia* a, comme dans la plupart des cas analogues, complètement échoué, et l'hydrothérapie sera probablement nécessaire. Cependant disons que, si nous n'avons rien obtenu du côté des vomissements, nous avons été plus heureux du côté des règles qui sont arrivées pour la première fois, sous l'influence de *pulsat.*, 12^e, et de *ferrum*, 12^e, alternés, 6 globules dans 12 cuillerées d'eau, 3 cuillerées par jour.

L'encombrement du service à ce moment de l'année ne nous a pas permis de garder cette malade plus longtemps dans nos salles.

J'ai maintenant à vous entretenir d'un cas heureux. On nous a apporté, il y a deux semaines, un enfant de 23 mois au quatorzième jour d'une pneumonie lobulaire double ; or, je ne crains pas d'être démenti en affirmant qu'en dehors des ressources de l'homœopathie, c'était un enfant voué à une mort fatale. Je lui administrai ce que je fais en pareil cas, *ipeca* 12^e et *bryonia* 12^e, alternés d'heure en heure, puis de deux en deux heures. Au bout d'un jour, il y avait déjà un peu d'amélioration, laquelle n'a pas cessé de s'accroître. Lorsque l'inflammation et la fièvre furent tombées, je cessai ces deux médicaments pour donner *tartarus emeticus*, 3^e *trit.*, qu'indiquait une toux extrêmement grasse. Aujourd'hui, messieurs, cet enfant est complètement guéri.

Voici son observation détaillée :

OBSERVATION XII. — *Bronchite grave.*

Marie Hamelin, 23 mois, entrée le 7 février, sortie le 29 février (chambre particulière).

Cette enfant, née de parents scrofuleux, n'a jamais été d'une très-bonne santé. A l'âge de 8 mois, elle a eu une pneumonie qui a duré trois semaines. A la suite de cette maladie, elle continua encore à tousser pendant un mois. A 13 mois, elle eut une fièvre éruptive : d'après les renseignements que nous donne la mère de l'enfant, elle semble avoir eu la varicelle.

Aujourd'hui, l'enfant nous arrive atteinte d'une bronchite capillaire siégeant dans les deux côtés de la poitrine. Cette affection a débuté subitement le 30 janvier, sans avoir été précédée d'un malaise bien notable. Deux ou trois jours avant l'accident, l'enfant avait été exposée au froid. Une toux fréquente, une dyspnée intense, furent avec la fièvre les premiers symptômes de la maladie.

Avant son entrée à l'hôpital, on appliqua au côté gauche et en arrière, à la base de la poitrine, un petit vésicatoire, et on administra à l'enfant des vomitifs.

Cette médication n'améliora nullement l'état de l'enfant.

État actuel. Mouvement fébrile intense : pouls à 140 ; temp., 40° ; dyspnée considérable ; toux grasse, fréquente, facies vultueux. Le poumon droit présente un râle sous-érépitant très-abondant, étendu du sommet à la base ; le poumon gauche présente des râles sous-érépitants plus fins, et à la base du souffle bronchique. — *Ipeca*, 12^e, et *bryonia*, 12^e, 4 globules pour 125 grammes

d'eau; une cuillerée toutes les heures en alternant les potions. Du lait pour nourriture.

12^e jour, 10 février. Un peu d'amélioration dans l'état fébrile; dès hier soir, temp., 39°,2; pouls à 140; le râle sous-crépitant est un peu plus gros, le souffle persiste; il y a un peu de diarrhée. — Même prescription.

13^e jour, 11 février. L'amélioration persiste; la température, hier soir, était à 38°,6; le souffle a disparu; l'enfant a dormi, et est moins oppressée. — Même traitement.

14^e jour, 12 février. Les râles diminuent; le mieux continue.

15^e jour, 13 février. Temp., 38°,4; gros râles. Appétit, sommeil. — *Tartarus*, 3^e trit., 20 centigrammes dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

16^e jour, 14 février. État général satisfaisant; les râles diminuent beaucoup; gaîté, appétit. Temp. 38°.

16. On n'entend plus de râles; l'enfant est guérie.

Un mot à propos du malheureux atteint d'ascite, dont je vous ai fait l'historique dans une des dernières leçons. Sans me faire illusion sur l'issue de sa maladie, je crois que *china* nous a donné un peu d'amélioration. J'avais été obligé, vous vous en souvenez, de lui faire trois ponctions successives à trois jours d'intervalle chacune, eh bien, depuis qu'il prend ce médicament, il s'est passé quinze jours sans que j'aie eu besoin de recourir une nouvelle fois au trocart. Vous voyez, messieurs, que, même dans les cas désespérés, il ne faut pas abandonner la partie; on peut encore, sinon enrayer la maladie, du moins en retarder les pro-

grès et donner quelque répit au pauvre patient, ce qui ne laisse pas que d'être encore un résultat satisfaisant.

Je veux vous entretenir, en terminant cette leçon, d'un cas de névralgie intercostale survenue à propos d'une bronchite très-légère chez un homme en pleine santé. Ce point de côté, qui datait de huit jours quand le malade est entré dans nos salles, était assez violent pour empêcher tout travail. La guérison a été obtenue en trois jours par *bryonia*. Les indications de ce médicament étaient ici très-précises : douleurs de côté augmentées par la toux, la respiration, le mouvement, et diminuant en se couchant sur le côté douloureux. Le succès de la bryone est presque constant dans ces cas. Vous en avez déjà vu et vous en verrez encore d'autres exemples dans notre service.

Dans un cas que j'ai eu à traiter en ville, chez une jeune fille, *bryonia* a échoué, mais la malade ne toussait pas du tout ; elle était hémorrhédaire et ne pouvait se coucher sur le côté douloureux. C'est *nux vomica* qui a guéri.

Voici l'observation du jeune homme :

OBSERVATION XIII. — *Névralgie intercostale du côté gauche.*

Henri Daoux, 29 ans, armurier, entré le 18 février, sorti le 22 février (n° I).

Cet homme a toujours été d'une bonne santé. Non hémorrhédaire. Il y a six semaines, à la suite d'un refroidissement, il commença à tousser. Cette toux était peu violente et ne l'empêchait nullement de travailler. Du reste, il n'a pas eu de fièvre et n'a pas maigri. Depuis

huit jours, il a ressenti à gauche et en arrière, à la base de la poitrine, un point très-douloureux. La toux et la simple pression exagèrent cette douleur.

A l'examen du malade, on ne trouve, dans la poitrine, aucun bruit anormal.

19 février. La poitrine a une sonorité normale; les deux temps de la respiration sont bons; un peu de toux sèche; c'est un des nerfs intercostaux de la partie inférieure qui est pris; tous les points douloureux existent; 60 pulsations; appétit. La douleur est tellement vive que depuis plusieurs jours cet homme a été forcé d'interrompre son travail. — *Bryonia*, 3^e dil., 3 gouttes, dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

20. Le malade a mieux dormi; il souffre moins.
— Même traitement.

22. Le malade sort complètement guéri et pourra reprendre ses travaux.

SIXIÈME LEÇON. — 26 février 1874.

SOMMAIRE. — Hystérie; 1^{re} observation, indications de *tarentula*, *belladonna*, *hamamelis*, *hydrothérapie*; 2^e observation, délire hystérique et *belladonna*. — Les maladies chroniques ne guérissent pas; les *affections* seules guérissent. — Asthme, observation; indications de l'arsenic.

Messieurs,

Nous avons, en ce moment, dans notre salle des femmes, trois exemples d'hystérie. La première est cette jeune fille couchée au n° 3, dont je vous parlais, il y a huit jours, à propos des accès fébriles intermittents, que j'avais guéris par *tarentula*.

OBSERVATION, — *Hystérie*.

Mademoiselle Octavie Van Valbeck, 22 ans, femme de chambre, entrée le 29 janvier, sortie le 19 mars (salle I, n° 3).

Réglée à l'âge de 14 ans, cette jeune fille a été d'une bonne santé jusqu'au mois d'avril 1873. A cette époque, elle commença à éprouver des maux de tête très-intenses, siégeant principalement à la tempe gauche et au niveau du trou sus-orbitaire. Une période de calme succédait quelquefois à cette céphalalgie, mais durait rarement plus de deux ou trois jours.

Depuis qu'elle est malade, ses règles sont toujours venues régulièrement, mais elles sont trop abondantes, avancent de quelques jours, et durent de huit à dix jours. Dans l'intervalle des règles, elle a des pertes

blanches très-abondantes. Au moment de ses époques, la céphalalgie est plus intense.

Depuis le début de sa maladie, l'appareil digestif fonctionne très-mal. L'appétit est presque nul. Les digestions sont accompagnées de douleurs violentes au niveau de l'épigastre et souvent suivies de vomissements.

La constipation est habituelle depuis le commencement de sa maladie. Elle accuse, en même temps, des douleurs dans le bas-ventre, douleurs augmentées par la pression.

L'examen de la malade nous révèle, à la base du cœur, un bruit de souffle au premier temps; ce bruit de souffle se continue dans les artères du cou; c'est évidemment un souffle anémique.

Cette malade a fréquemment des crises nerveuses avec soupirs, étouffements et pleurs. La conjonctive a perdu complètement la sensibilité au toucher et à la douleur; la peau du corps présente des points d'analgésie et une perte complète de la notion du toucher. La malade ne perçoit qu'une pointe d'un compas quand les deux sont appliquées spontanément, même à un écart de 10 centimètres. Anesthésie de l'isthme du gosier et perte de la nausée réflexe.

Belladone, 12^e, 4 globules dans 200 grammes d'eau, trois cuillerées par jour, fut prescrit le 12 janvier et modifia, heureusement, la névralgie sus-orbitaire. *Hamamelis*, 1^{re} dil., trois gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures pendant les règles.

Les règles durent moins, sont moins fortes et ne sont pas accompagnées de coliques comme à l'ordinaire.

12 février. La malade accuse un mouvement fébrile quotidien, revenant, chaque soir, vers neuf heures et durant toute la nuit. La fièvre débute par un frisson et se termine par une sueur très-abondante. — *Tarentula*, 3^e trit., 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, trois cuillerées par jour.

14. Le frisson a été moins fort et moins long.

16. La fièvre a complètement disparu. On prescrit *arsenic*, 3^e trit., contre l'état anémique, résultant de règles trop fortes, et, malgré ce médicament, la fièvre reparut dès le 19 février. *Tarentula*, 3^e, la fit disparaître encore.

Les douleurs de tête, la fièvre, l'état nerveux tour à tour détruits par *belladone*, *tarentula*, *ignatia*, repaissent sans cesse. Je me décide à employer l'hydrothérapie, et je prescris une affusion froide matin et soir.

26. La fièvre et les frissons ont complètement disparu. La malade se trouve infiniment mieux. On prescrit le travail musculaire.

27. Les règles repaissent moins abondantes et moins douloureuses. — *Hamamelis*, 6^e.

4 mars. On supprime *hamamelis* pour revenir aux affusions.

6. La malade n'a plus de névralgie.

9. La malade supporte moins bien les affusions. On emploie le drap mouillé.

11. L'amélioration continue. L'appétit revient et avec lui les forces et le sommeil repaissent.

13. La malade va aussi bien que possible. La sensibilité pharyngienne n'ayant pas reparu, on donne *bromure de potassium*, 3^e trit., on donne ce médicament

jusqu'à son départ. A ce moment, on examine de nouveau la gorge; les effets du *bromure de potassium* sur l'anesthésie de l'intérieur du gosier sont douteux.

La malade nous quitte guérie des accidents qui l'avaient amenée à l'hôpital.

En présence d'un cas pareil, et à l'âge de cette malade, il faut tout faire pour arriver à la guérir d'une maladie qui la rendra très-malheureuse, ainsi que ceux qui l'entourent. C'est pourquoi, au traitement homœopathique, j'ai substitué l'hydrothérapie, qui donne des résultats de plus longue durée. Tous les matins, je l'ai soumise à une affusion de trois seaux d'eau, à la température extérieure, puis j'ai remplacé avec avantage l'affusion par le drap mouillé.

La deuxième hystérique, en ce moment au n° 3 de la salle II, âgée de 14 ans, et non encore réglée, est celle qui présente ces vomissements nerveux et continuels, que je vous citais comme aussi très-rebelles dans ma dernière conférence. Chez elle *pulsatille* et *ferrum* alternés ont fait apparaître les menstrues, mais les vomissements persistent encore. (Voir l'observation dans la clinique précédente.)

Enfin, la troisième malade est atteinte de complications, qui rendent le diagnostic un peu plus difficile au premier abord. C'est une femme arrivée à la ménopause, chez laquelle, depuis huit ans, se produisent, à chaque époque menstruelle, des accidents consistant en une douleur intolérable dans le ventre et l'estomac, des vomissements, des tremblements des membres, et une

anxiété respiratoire très-grande, plutôt que de la véritable dyspnée. C'est au milieu d'une de ses crises qu'on l'apporta dans notre service, et j'avoue que mon attention fut, dès l'abord, attirée sur la possibilité d'une péritonite ou d'un étranglement interne. Toute la nuit elle avait été en proie au délire avec divagations et hallucinations, et, hier matin, à la visite, elle me présenta l'état suivant.

OBSERVATION XV. — *Hystérie.*

Madame Mollens. âgée de 46 ans. entrée le 23 février, sortie le 20 mars.

Cette femme. d'une constitution robuste. a. depuis sept ans, des vomissements alimentaires. accompagnés de la sensation d'une boule remontant du creux de l'estomac à la gorge et déterminant de la suffocation.

Elle se plaint aussi de douleurs dans le bas-ventre. s'accroissant par la marche. pendant laquelle il lui semble sentir un poids dans le rectum et des besoins d'aller incessants et inutiles.

Depuis deux ans, la menstruation est irrégulière, les règles sont tantôt faibles. d'autres fois très-abondantes.

La constipation est habituelle. mais elle a de fréquents besoins d'aller à la selle.

Etat actuel. 24 février. Face vultueuse. pupilles dilatées, vomissements. constipation, urines rares. subdélirium avec hallucination. En présence de ces symptômes, je prescrivis *bellad.* 6^e. et après quelques cuillerées les vomissements s'arrêtèrent. le calme revint avec la connaissance, la nuit fut excellente. et, aujourd'hui,

vous pouvez voir que la crise est complètement terminée. Vu l'âge de la malade, je ne voulus pas poser mon diagnostic, avant d'avoir trouvé certains signes confirmatifs qui, du reste, sont venus corroborer mon opinion. J'ai trouvé chez elle, en effet, des signes d'anesthésie et d'analgésie cutanées et oculaires, qui ne m'ont plus laissé aucun doute. En certains points, j'ai pu, avec un compas entr'ouvert à un rayon de 40 centimètres, ne provoquer que la sensation d'une seule pointe, alors que les deux étaient appliquées sur la peau.

25. L'amélioration continue, la nuit et la journée ont été très-calmes; grande impressionnabilité. *Tarentula*, 12^e.

27. Même état. Même traitement.

2 mars. Les crises nerveuses sont bien moins fortes, les nuits sont meilleures. *Tarentula*, 12^e.

4. L'amélioration continue. L'estomac seul paraît souffrir. *Ignatia*, 12^e.

On continue ce médicament jusqu'au 15. A ce moment la malade n'a plus ni crises, ni vomissements. Ses règles reparaissent.

A partir de ce moment-là, on lui donne *bromure de pot.*, 3^e trit.; sous l'influence de ce médicament, la sensibilité pharyngienne reparaît.

Elle nous quitte parfaitement guérie de tous les symptômes hystériques qui l'avaient fait entrer à l'hôpital.

Depuis, nous avons revu cette malade à notre dispensaire; elle a eu plusieurs crises moins fortes que celles que nous venons de décrire. *Ignatia*, 12^e, et *Lachesis*, 12^e (prescrit à cause de la ménopause) ont toujours fait cesser les crises très-promptement.

Voilà donc une malade dont l'accès est terminé, et sur lequel nous avons pu avoir quelque prise, malheureusement il reviendra le mois prochain, car nous n'avons pu agir que sur le symptôme et non sur la maladie. Et, à ce propos, laissez-moi vous faire une remarque, afin de vous prévenir de suite contre des désenchantements certains : *les maladies chroniques ne guérissent pas*. Voyez la goutte ; une hygiène bien entendue, et des médicaments appropriés retarderont ou feront disparaître ses manifestations, mais la maladie reste à l'état latent dans l'organisme, toute prête à se réveiller à la moindre cause occasionnelle, impuissante pourtant, quand la disposition morbide n'existe pas. Voulez-vous un exemple : Un individu sain se tourne le pied en descendant d'un trottoir, il attrape une entorse qui guérira, après quelques jours de repos : que le même accident arrive à un scrofuleux, il n'en faudra pas plus pour qu'il en résulte une tumeur blanche. De même en chemin de fer, vous vous endormez avec une vitre ouverte à côté de vous, vous vous réveillez avec une conjonctivite catarrhale dont vous serez débarrassé en huit jours ; le scrofuleux, au contraire, a toutes les chances possibles pour être affecté d'une kératite ulcéreuse.

La syphilis, elle, qui ne se contracte jamais, sans l'intervention d'un agent extérieur, la contagion, a plus de chances d'être enrayée par les médicaments, qui, eux aussi, sont des agents extérieurs. Il semble, en effet, que plus une maladie se rapproche, dans son étiologie, des affections de causes externes, plus elle soit accessible à l'influence des médicaments, qui, je le répète, eux aussi, sont des causes externes. Voyez la

puissance de la thérapeutique, contre la fièvre intermittente et la syphilis, et son impuissance relative contre la fièvre typhoïde et le cancer.

Ricord, mon maître, dit qu'on blanchit la vérole, mais qu'on ne la guérit pas. Malgré sa grande autorité en pareille matière, je ne suis pas complètement de son avis, et je crois qu'on peut arriver à la guérison complète de la syphilis.

Pour conclure, je vous dirai, Messieurs, qu'alors que nous avons affaire à une maladie constitutionnelle, il faut la traiter sans enthousiasme comme sans découragement, nous souvenant que si nous ne pouvons atteindre le mal jusque dans ses racines, il nous reste, du moins, de grandes ressources contre toutes ses manifestations. Et ce sera déjà un beau résultat, que de tenir cet ennemi sinon détruit, du moins enchaîné et privé d'une partie de ses malfaisantes propriétés.

Je ne veux pas terminer cette leçon, sans vous dire un mot de l'homme au n° I, de la salle du second étage, et qui présente un symptôme intéressant au point de vue thérapeutique. Ce malade, atteint d'emphysème pulmonaire très-marqué, caractérisé par une expiration sifflante et prolongée, présentait comme phénomène particulier, une expectoration mousseuse, analogue à du blanc d'œuf battu, sans trace de mucosités épaisses. Or, cette expectoration est caractéristique de l'*Arsenic*. Je l'ai administré à la 12^e dilution, le trouvant parfaitement indiqué, et comme j'en avais la presque certitude, j'ai obtenu un succès complet. L'expectoration a presque disparu, et les signes, tant objectifs que subjectifs de l'emphysème, sont tellement amendés, que j'espère

voir ce malade sortir de l'hôpital dans quelques jours, en parfait état de santé, au moins momentanément, car il ne faut pas oublier que les récidives sont choses fréquentes en pareil cas.

OBSERVATION XVI. — *Asthme, emphysème transitoire.*

M. Houch, 48 ans, entré le 25 février, sorti le 24 mars (salle des hommes, n° 1).

Ce malade n'a jamais eu ni hémorrhoides, ni dartres, et a été d'une bonne santé jusqu'en 1871. A la fin du siège, pendant lequel il avait beaucoup souffert, il commença à tousser.

Cette toux, non accompagnée de dyspnée, était plus fréquente la nuit. Elle dura six à sept mois. A la suite de cette toux, sa respiration devint moins libre ; souvent il était obligé de s'arrêter au milieu de son travail. Mais les accès d'étouffements, pour lesquels il entre dans nos salles, n'ont commencé à paraître que depuis un an.

Ces attaques, peu fréquentes pendant la journée, ont lieu surtout la nuit et le matin.

Examen de la poitrine. Sonorité un peu exagérée ; expiration prolongée dans toute la poitrine, mais particulièrement à droite, avec râles sibilants ; 92 pulsat. ; les crachats sont abondants et rappellent, par leur aspect, les œufs battus. Le malade se plaint d'une douleur de côté en respirant.

26 février. *Bryone*, 12^e.

27. Même état, moins la douleur de côté qui a disparu ; beaucoup d'étouffements. *Arsenic*, 12^e dil.

28. Moins d'étouffement ; expiration moins prolongée ; peu de râles. *Arsenic* 12^e dil.

2 mars. La dyspnée est beaucoup moindre; les crachats sont en moins grande quantité; la douleur de côté reparaît. *Bryone*, 3°.

4. L'amélioration continue; très-peu d'expectoration; la douleur de côté est beaucoup moindre. *Bryone*, 3°.

5. La douleur de côté a disparu. *Arsenic*, 3° trit.

9. L'expiration prolongée a disparu en grande partie. Il y a très-peu d'étouffement, peu de toux avec chatouillement à la gorge; *iodium*, 3° trit.

14. Le premier jour de l'usage d'iodium, grande transpiration, mais la dyspnée n'étant pas modifiée, je reviens à *arsenic*, 3° trit. On lui donne ce médicament jusqu'au 25, jour de son départ.

Il nous quitte guéri de son emphysème.

SEPTIÈME LEÇON. — 5 mars 1874.

SOMMAIRE. — Phthisie, indications de *sulfur* et d'*iodium*. — De la dualité de la phthisie. — De la dysentérie, indications de *mercurius sublimis* et *cerebrus*, *pota*, *arsenic*, *phosphorus*, *colocythis*, *secale cornutum*; observation. — Pneumonie bénigne; observation; le premier degré de la pneumonie est déjà de l'hépatisation. — Ascite; observation (suite et fin).

Nous avons en ce moment dans nos salles plusieurs phthisiques dont je veux vous entretenir un instant. Tout d'abord, au n° 1 de la salle des femmes se trouve une malade chez laquelle les phénomènes stéthoscopiques sont assez obscurs; heureusement ils sont corroborés par un symptôme que je vous conseille de retenir parce qu'il est presque pathognomonique, c'est une douleur siégeant dans les espaces intercostaux supérieurs et dans les régions sus et sous-épineuses. Notre malade présente ces phénomènes à droite; elle tousse du reste fort peu et est en voie d'amélioration. Chez elle comme chez beaucoup d'autres j'ai prescrit avec succès le régime maigre.

Au n° 2, se trouve cette femme chez laquelle la phthisie a été précédée d'une pleurésie. Chez elle, le mieux continue à s'accroître, les forces et l'embonpoint reviennent, la toux diminue, pourtant il y a toujours un peu d'élévation de température le soir. Je l'ai mise au *sulfur*, qui, pour moi, est un médicament capital dans la tuberculose. Je le donne non-seulement aux malades qui

présentent les indications pathogénétiques, mais même d'une façon empirique à tous ceux qui peuvent le supporter. Cependant je dois dire que les symptômes qui en indiquent l'emploi sont : l'enrouement, la toux sèche, brève, quelquefois très-violente, mais non quinteuse comme celle du *drosera*. Il y a encore le retentissement dans les organes voisins : douleurs de tête, de poitrine, de ventre, points de côté, le vomissement, qui militent en faveur de son emploi. La toux du soufre est provoquée par un chatouillement dans la gorge comme celle du *drosera* ; elle est excitée par la respiration rapide, l'air froid, l'abus de la parole comme celle du *phosphore*. Il va sans dire que si les malades présentent une éruption cutanée, il y a une indication de plus à prescrire ce médicament.

L'*iode* est encore un médicament de la phthisie. On a observé en effet dans des cas d'iodisme le développement de la phthisie, la toux, l'expectoration purulente, la fièvre hectique, des sueurs, de l'œdème, de l'amaigrissement et de la diarrhée. De plus, l'iode est un médicament de la scrofule ; vous connaissez son action élective sur les glandes, il sera donc particulièrement indiqué dans les cas de phthisie chez les écrouelleux. La toux qu'il provoque est brève comme celle du *sulfur* ; plus souvent grasse que sèche, elle est accompagnée d'une expectoration épaisse, muqueuse, puriforme, souvent striée de sang. Un chatouillement dans la gorge la provoque dans un grand nombre de cas. Enfin l'aphonie et les signes d'une phthisie laryngée sont plus marqués que dans *sulfur*.

La troisième phthisique est celle qui est morte ce ma-

tin. Elle présentait une forme chronique de la maladie, qui la forçait à faire un séjour annuel dans nos salles; habituellement elle s'en allait améliorée au bout de quelques semaines; cette année elle a présenté un signe grave sur lequel j'appellerai votre attention, c'est le développement d'ulcérations tuberculeuses, dans le larynx, qui causaient chez elle de la douleur de gorge, de la dysphagie et des suffocations. Je vous ai dit que pour moi ce phénomène entraînait un pronostic très-fâcheux, et vous voyez que le résultat m'a donné malheureusement raison. Toutefois je dois à la vérité de dire qu'elle n'a pas succombé à sa phthisie laryngée, mais à une double pneumonie caséuse qui a débuté il y a quelques jours, et qui a facilement triomphé de cet organisme entièrement délabré.

OBSERVATION XVII. — *Phthisie chronique terminée par une double pneumonie caséuse.*

M^{me} Barthes, 38 ans, entrée le 6 février, morte le 5 mars (salle II, n° 4).

Cette malade entre dans nos salles pour la troisième fois. Sa maladie a débuté il y a trois ans par de la toux et de l'amaigrissement. Le régime maigre, *drosera* et *sulfur* avait fait tomber l'état fébrile qui déjà deux fois l'avait contrainte d'entrer à l'hôpital. Elle avait repris ses occupations de cuisinière, mais elle continuait à tousser et à maigrir.

Etat actuel. Amaigrissement, perte de forces, dyspnée; toux sèche, rauque, douloureuse; enrouement; râles muqueux et pectoriloquie au sommet droit; pas de fièvre.

Je prescris *phosphorus*, 30°, 4 globules, dans 200 gr. d'eau; trois cuillerées par jour contre les symptômes de phthisie laryngée venus depuis quelque temps compliquer l'état de cette malade. *Régime maigre*.

9 février. *Phosphorus* n'ayant rien donné, je remplace ce médicament par *argentum*, 3° trit., puis 30°. Sous cette influence l'état du larynx s'améliore sensiblement.

Le 23. Etat fébrile. Pouls à 96. Rien de nouveau à l'auscultation. *Aconit*, 3° dilut., une cuillerée toutes les deux heures.

Le 25, troisième jour de l'état aigu. Mouvement fébrile très-intense; pouls 130; temp. 40°; dyspnée; les phénomènes stéthoscopiques ne rendent point compte de cette recrudescence. *Aconit*, T. M., 3 gouttes.

Le 26, quatrième jour. A peu près même état; pouls 112 seulement, temp. 40°,8. La toux est sèche et fréquente. Même traitement.

Le 27, cinquième jour. Nous avons enfin la raison de ce mouvement fébrile. La partie inférieure du poumon gauche est le siège d'un bruit de souffle caractéristique; en même temps, expectoration séreuse et brunâtre. Le mouvement fébrile décroît; pouls 112; temp. 39°,8. *Bryonia*, 4 globules dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 28, sixième jour. L'amélioration générale s'accroît; pouls à 72; temp. 38°,8; le souffle du côté gauche est plus intense et plus étendu. Même traitement.

1^{er} mars, septième jour. Légère oscillation dans le mouvement fébrile. Pouls 96; temp. 39°. La malade se trouve mieux.

Le 2, huitième jour. Le mouvement fébrile a repris son intensité. Le matin, pouls 120; temp. 40°; le soir,

pouls 116, temp. 40°,2. Le poumon droit est envahi ; sa partie inférieure est le siège d'un souffle très-intense ; râles sous-crépitaunts et souffle dans le côté gauche, primitivement envahi. Même traitement.

Le 3, neuvième jour. Etat général de plus en plus grave ; délire, grande dyspnée ; les deux poumons sont envahis dans leur deux tiers inférieurs. Pouls insensible ; temp. 40°,2. *Bryonia*, 12^e et *phosphorus*, 30^e, alternés.

Le 4, dixième jour. La dyspnée a encore augmenté. Elle va jusqu'à la suffocation. La température a cependant diminué ce matin ; temp. 39°,8. La malade mourut le lendemain matin, onzième jour de l'état aigu.

Pourquoi, Messieurs, ai-je porté le diagnostic d'une *double pneumonie caséuse* ? C'est d'abord que cette malade était évidemment tuberculeuse et que pour moi la pneumonie caséuse est la pneumonie propre aux tuberculeux.

C'est ensuite la marche de la maladie, qui envahit les deux poumons comme presque toutes les pneumonies caséuses. C'est le contraste d'un état général s'améliorant le cinquième, le sixième et le septième jour, tandis que l'état local du poumon gauche s'aggravait et que la lésion envahissait le poumon droit.

C'est le caractère des crachats séreux plus ou moins bruns que j'ai déjà observés dans la pneumonie caséuse.

C'est l'absence d'amélioration aux jours critiques de la pneumonie franche le quatrième et le septième. Ici l'amélioration s'est produite le cinquième et le sixième jour.

Néanmoins, il est toujours regrettable que l'autopsie n'ait pas pu être pratiquée.

Je ne puis laisser passer cette occasion sans m'arrêter sur la pneumonie caséuse et la question de la *dualité de la phthisie*.

Nous n'admettons point l'existence d'une pneumonie caséuse dans ce sens que la caséification serait une terminaison régulière de l'hépatisation, au même titre que la suppuration ou la gangrène. Nous entendons par *pneumonie caséuse* (et si nous conservons cette expression, c'est qu'elle est généralement acceptée) une *infiltration tuberculeuse, suivant le mode inflammatoire*. En un mot, ce n'est pas une phlegmasie ordinaire qui se termine par caséification, c'est un mode pathogénétique de la tuberculose, qui débute soit par l'inflammation du poumon (pneumonie caséuse), soit par l'inflammation des petites bronches et des vésicules (pneumonie catarrhale caséuse).

Nous avons déjà, dans notre mémoire sur la *pathologie cellulaire*, fait valoir les arguments tirés de l'anatomie pathologique pure qui nous faisaient rejeter la dualité de la phthisie. Ces arguments confirmés par les recherches histologiques les plus récentes, se résument ainsi : les caractères macroscopiques et microscopiques de la pneumonie caséuse à son premier degré ne diffèrent pas sensiblement des caractères macroscopiques et microscopiques de la granulation grise. Toute la différence gît dans le mode pathologique et le siège de la lésion.

Mais nous voulons aujourd'hui parler le langage des cliniciens, et voici notre argumentation contre la dualité de la phthisie.

Si nous mettons de côté les cas de *phthisie maligne*, la *granulie aiguë*, la phthisie granuleuse aiguë des auteurs

contemporains comme étant incontestablement une affection tuberculeuse, il nous peste une catégorie extrêmement nombreuse de malades très-justement appelés *phthisiques*. Nous disons que ces malades sont très-justement appelés phthisiques parce qu'ils portent dans le poulmon une lésion ulcéreuse et suppurante accompagnée d'une fièvre hectique et d'une consommation plus ou moins rapide, ce sont des *poitrinaires*.

De ces malades, quelques-uns ont vu leur maladie débiter brusquement, sous forme de pneumonie ou de bronchite, mais le plus grand nombre est devenu malade lentement, sourdement.

Un petit nombre de ces malades ne présentent point d'antécédents héréditaires, ou, pour parler rigoureusement, ces antécédents n'ont pu être constatés. Mais, pour le plus grand nombre, c'est une *maladie de famille* qui vient des ascendants, se continue chez les descendants et atteint les collatéraux.

Quelques-uns de ces malades guérissent; mais, hélas! *rari nantes in gurgite vasto*, la plupart succombent après quelques mois ou quelques années de maladie.

Enfin, chez un petit nombre, la maladie reste bornée aux poulmons, mais chez la plupart les localisations se multiplient: le larynx, les intestins, les plèvres, le péritoine, les méninges, l'épididyme, etc., etc., sont atteints successivement.

Voilà ce que dit la clinique. Maintenant que dit l'anatomie pathologique fantaisiste qui a créé la dualité de la phthisie? Elle dit tout le contraire.

Elle dit que la *pneumonie caséuse*, c'est-à-dire cette phthisie sans tubercules, [qui débute subitement par une phlegmasie; qui n'a point d'antécédents hérédi-

taires ; qui ne se généralise jamais , qui enfin est très-curable est beaucoup plus fréquente que la *phthisie tuberculeuse*, que sur 139 phthisiques il y aurait 123 *caséux* et seulement 16 *tuberculeux* (clinique de Jaccoud) ; d'où il faudrait conclure que le plus grand nombre des phthisiques sont des *caséux* :

Ne présente pas d'antécédents héréditaires ;

Ne présente pas de généralisation de l'affection, ni diarrhée, ni enrouement, etc., etc. ;

N'est point incurable ;

C'est-à-dire tout le contraire de ce que nous enseigne la clinique.

Un des médecins français qui a défendu avec le plus de talent la thèse de la dualité de la phthisie est le Dr Jaccoud. Comme ce médecin se distingue entre tous par son intelligence des problèmes de pathologie générale, nous lui adressons cette question qui terminera notre digression sur la constitution de la phthisie.

Pourquoi, chez certains individus, la pneumonie parenchymateuse et la bronchite se terminent-elles par la phthisie caséuse ?

Il n'y a évidemment aucune raison anatomique pour expliquer cette terminaison, puisque ces mêmes maladies se terminent, le plus souvent, par résolution, par suppuration, et, pour l'une d'elles, par gangrène.

A notre question, il n'y a qu'une réponse, c'est que les inflammations du poulmon et des bronches se terminent par la phthisie caséuse chez les sujets qui y sont prédisposés. Il faut donc un état morbide préexistant pour que la caséification succède à l'inflammation. Or, cet état morbide a un nom, et ce nom c'est la scrofule ; et la scrofule est la mère, si je puis parler ainsi,

de la granulose et de la caséification. Donc, la phthisie pulmonaire, sous des formes diverses, est toujours une maladie scrofuleuse; donc, la dualité de la phthisie est une erreur pathologique. Il n'y a pas plusieurs espèces morbides : il y a plusieurs formes d'une *affection scrofuleuse*.

La scrofule, comme la goutte, comme la syphilis, comme toutes les maladies constitutionnelles, embrasse, dans son unité, un grand nombre de processus morbides, caractérisés par un ensemble de symptômes et de lésions à évolution propre, et constituant comme autant de petites maladies comprises dans la grande; c'est ce que nous appelons l'*affection*. Ainsi, pour commencer par les plus incontestables, nous citerons l'ophtalmie scrofuleuse, les écouelles, les tumeurs blanches, caractérisées par un ensemble de symptômes et de lésions à évolution déterminée; constituant par cet ensemble comme autant de maladies séparées; et rattachées cependant non moins invinciblement à l'espèce morbide. scrofule, par leur succession et leur alternance chez le même individu, par leur caractère de maladie de famille, par une certaine indépendance des causes banales dans leur production, par leurs lésions, enfin, qui sont l'ulcération, la caséification et la tuberculose.

Toutes les fois que ces caractères peuvent être constatés, on a le droit de déclarer que l'affection est scrofuleuse. Eh bien ! ces caractères spécialisent aussi bien la méningite tuberculeuse, la granulose aiguë du poulmon, la phthisie caséuse et la phthisie tuberculeuse, que l'ophtalmie scrofuleuse, les écouelles et la tumeur blanche; toutes sont des maladies de famille, toutes se succèdent et alternent avec d'autres affections

évidemment scrofuleuses; toutes sont caractérisées par l'ulcération, la tuberculose et la caséification; toutes ont une certaine indépendance des causes externes; toutes sont donc des affections scrofuleuses.

Un mot sur cette objection que quelques-unes de ces affections, la méningite tuberculeuse, la pneumonie caséuse, la granulose aiguë du poulmon, peuvent survenir tout à fait isolément sur un individu jusqu'alors sain. Ce fait constitue la *forme fixe* de la scrofule (J.-P. Tessier, Milcent, Bazin), et, si vous ajoutez que la *tumeur blanche* et le *mal de Pott* peuvent survenir aussi isolément que la pneumonie caséuse, l'objection se trouve singulièrement amoindrie; car, si la tumeur blanche, qui est une affection essentiellement scrofuleuse, peut survenir tout à fait isolément chez un individu sain jusqu'alors, pourquoi n'en serait-il pas de même de la pneumonie caséuse?

Quant à l'absence d'hérédité mise en avant pour séparer la phthisie caséuse de la phthisie tuberculeuse, nous contestons ce fait. Les recherches ont été faites dans les hôpitaux, où la famille est presque toujours inconnue ou au moins bornée aux ascendants immédiats, et il ne faut pas oublier que, dans les questions d'hérédité, on doit remonter au moins jusqu'aux grands-pères, si on veut avoir un renseignement qui ait quelque valeur; et on conviendra que ces renseignements font presque toujours défaut dans la pratique nosocomiale.

Je viens maintenant au traitement d'une autre maladie, dont je vais vous parler à propos d'un cas se présentant à notre observation, en ce moment dans nos salles. Vous avez pu voir au n° 5 des femmes, un

exemple de dysentérie par contagion. C'est une servante qui a été prise après avoir soigné sa maîtresse atteinte de la même maladie. Vous savez que Trousseau considérait la dysentérie comme une des maladies les plus graves et les plus contagieuses. Je crois que cet éminent clinicien s'est laissé aller là à une certaine exagération, mais il est certain que cette maladie est sérieuse et mérite d'être traitée avec soin. Le médicament que j'ai employé chez notre malade est le *mercurius solubilis*. Je l'ai administré parce qu'il y avait des selles petites, glaireuses, avec absence de sang et coliques violentes; il est de plus, mais empiriquement, recommandé chez les femmes, ce qui ne m'aurait pas empêché d'avoir recours à *mercurius corrosivus*, s'il y avait eu des selles sanglantes. Je profite de cette occasion pour vous dire que l'action si efficace du mercure dans les cas de dysentérie, est une des meilleures preuves de la loi de similitude homœopathique. Etudiez, en effet, les cas d'empoisonnement par le sublimé dans Orfila ou Tardieu, et vous verrez que les accidents aigus ressemblent exactement au tableau présenté par un dysentérique: coliques vives, selles petites, glaireuses, sanguinolentes, douleur et ulcération à l'anus; si l'empoisonnement est plus violent, vous verrez s'ajouter le refroidissement, le collapsus et la mort, comme dans les cas de dysentérie mortelle.

Au début de la maladie, il est un autre médicament qu'il faudrait administrer, surtout lorsqu'il y a des vomissements et des nausées, c'est l'*ipéca*. Il est encore indiqué par les hémorrhagies anales. Enfin je vous signalerai encore deux médicaments dont vous pourrez tirer un excellent parti. C'est d'abord l'*arsenic* que

vous donnerez quand le *corrosivus* se sera montré insuffisant et que les forces de votre malade s'en iront, qu'il y aura de l'affaissement, de la soif, une chaleur interne brûlante, des selles fétides; vous le donnerez avec fruit, non-seulement en potion, mais encore en lavements à la 3^e et même à la 2^e trituration, 20 centigrammes pour 200 grammes d'eau. Je vous signalerai ensuite le *phosphore* dont les indications sont à peu près analogues, mais qui réussira surtout dans les cas de dysentérie maligne, arrivée à un état fort grave. Il y a un symptôme qui réclame particulièrement son emploi, c'est la paralysie du sphincter, l'anus béant, et la chute du rectum après chaque selle.

Je ne veux pas fatiguer votre esprit en vous indiquant d'autres médicaments, tels que le *colocynthis* répondant particulièrement aux selles verdâtres, avec des glaires teintées de bile verte; le *secale cornutum*, moins important encore; il ne faut pas tout d'abord trop charger la mémoire, sous peine de la rendre infidèle.

OBSERVATION XVIII. — *Dysentérie.*

M^{lle} Nathalie Adnaut, domestique, 23 ans, entrée le 27 février, sortie le 7 mars (salle II, n^o 2).

Cette maladie s'est développée chez cette fille par contagion; quelques jours avant de tomber malade, elle soignait sa maîtresse qui avait la dysentérie.

Cette affection fut précédée pendant un jour de maladie général et d'un mouvement fébrile.

Le 23 février. Des coliques violentes se firent sentir et s'accompagnèrent de besoins pressants d'aller à la

garde-robe. Les selles furent fréquentes, mais sans ténesme ni épreinte.

Le premier jour les matières étaient un peu sangui-nolentes; plus tard elles se composaient uniquement de glaires.

28. Trois garde-robes, pendant le jour, trois pendant la nuit. *Solubilis*, 6°, 2 gouttes. Puls. 72, temp. 39°.

1^{er} mars. Il n'y a eu en tout que trois selles. Même traitement. Température normale.

2. Il n'y a plus de diarrhée. Même traitement.

6. La malade a eu deux selles; pas de colique, peu de soif, pas de ténesme. *Bismuth*, 2^e trit.

7. La diarrhée est arrêtée de nouveau.

La malade sort guérie.

En finissant, je veux vous dire un mot d'un cas de pneumonie bénigne qui s'est présentée à notre observation. Il s'agit d'un malade couché au n° 5, à la salle des hommes.

OBSERVATION XIX. — *Pneumonie bénigne.*

M. Malmart, 54 ans, graveur sur acier, entré le 27 février, sorti le 9 mars (salle des hommes, n° 5).

Cet homme, d'un embonpoint très-marqué, n'a jamais fait de maladie grave. Tous les deux ou trois ans, il contractait, en hiver, un rhume qui durait presque toujours une quinzaine de jours et s'accompagnait de fièvre et de dyspnée.

Vers le 15 février, il fut pris de quelques légers accès de fièvre.

Le 21, il eut des étouffements, précédés, deux jours auparavant, d'un point de côté assez peu violent et siégeant en arrière de la poitrine.

Examen du malade. Submatité dans le tiers inférieur du côté gauche; à ce niveau on entend des râles crépitants fins dans l'inspiration; pas de souffle. Dans le reste de la poitrine, et surtout du côté droit, râles sous-crépitanants. Les crachats sont rouillés et visqueux.

Le 28. Pas de chaleur; pouls 92; crachats rouillés; râles crépitants à gauche et sous-crépitanants à droite. *Ipeca et bryonia*.

Le 29. L'état physique du poumon est le même; les crachats sont toujours rouillés. Même traitement.

4^{er} mars. Même état; temp. 37°,5, pouls 92. Même traitement.

Le 2. Insomnie complète; la toux a un peu diminué; l'apyrexie est toujours complète, sauf le pouls qui bat 96, le soir, et 72 le matin. Même traitement.

Le 3. Les crachats sont moins colorés; il y a eu du sommeil, pouls 84. Même traitement.

Le 4. Crachats très-peu colorés, mais visqueux; toux grasse; sommeil. *Tart. emet.*, 3^e trit., 20 centigrammes.

Le 5. A l'examen on trouve à la base du poumon gauche, râles crépitants; à droite, on entend des râles sous-crépitanants; on ne trouve pas de souffle.

Le 6. L'amélioration continue; les râles deviennent plus gros et plus humides. *Bryonia*, 12^e.

Le 9. Les crachats existent toujours, mais en moindre quantité; les nuits sont bonnes. Dans la poitrine on entend quelques gros râles de bronchite. Le malade demande à sortir. Même traitement.

Il sort guéri le 14.

La clinique d'Andral contient sept observations de pneumonie dans lesquelles l'auscultation ne permet de

constater que du râle crépitant. Comme chez notre malade, on nota des crachats rouillés et visqueux, un léger point de côté au début, une dyspnée notable et une lenteur relative dans l'évolution des symptômes. C'est ce que Laënnec appelle la pneumonie au premier degré, caractérisé anatomiquement par de l'*engouement pulmonaire*, le second degré répondant à l'*hépatisation*.

Nous avons toujours protesté contre cette erreur d'anatomie pathologique, et nous avons toujours enseigné que le râle *crépitant* correspondait, il est vrai, à la première période d'inflammation du tissu pulmonaire, mais que dès la première période cette inflammation n'était ni un engouement, ni une simple congestion, mais une *induration*, c'est-à-dire déjà une hépatisation. Les dernières expérimentations de M. Cornil sur la production du râle crépitant, ont démontré que ce signe répondait effectivement à une induration du tissu.

Vous vous rappelez le malade affecté d'ascite, et auquel j'ai fait trois ponctions à intervalle de quelques jours. Sous l'influence de *China*, 6^e, le malade allait de mieux en mieux, le liquide se reproduisait extrêmement lentement, l'état général s'améliorait tous les jours, quand, dans la nuit du 24 au 25 février, le malade, par suite d'une avarie arrivée au calorifère, fut soumis à un refroidissement considérable. Une bronchite en fut la suite, la tuberculose pulmonaire prit une marche rapide, et il vint de succomber à la phthisie. Voici la fin de son observation.

OBSERVATION II (suite). — *Ascite*.

10 février. L'ascite paraît arrêtée dans son développe-

ment; l'appétit renaît; le malade reprend des forces; ne tousse pas. *China*, 6^e.

Le 15. L'amélioration continue; le ventre est en somme peu volumineux; état général très satisfaisant. *China*, 6^e.

Le 20. L'amélioration continue; transpirations abondantes. *China*, 6^e.

Le 25. La toux reparaît à la suite d'un refroidissement; crachats abondants, épais, striés de sang; à l'auscultation on entend des râles muqueux dans toute la poitrine; affaissement rapide. *Ipeca*, 3^e trit., 20 centigrammes.

Le 27. Expectoration puriforme très-abondante; dyspnée; râles humides abondants; pouls 108; temp., 39.2; *tart. emet.*, 1^{re} trit., 20 centigr.

Le 28. Le malade est plus mal; râles muqueux très-abondants dans la poitrine. *Arsenic*, 6^e, 2 gouttes.

Le 3. Pas d'expectoration; délire tranquille; pouls 108, temp. 40. *Kermès*, 1^{re} trit., 20 centigr.

Le 4. Mort.

HUITIÈME LEÇON. — 12 mars 1874.

SOMMAIRE. — *Néphrite interstitielle*; observation. — Diagnostic; indications d'*arsenic*, *phosphori acidum*, *belladone*, *cantharis* et *plumbum* dans l'albuminurie. — De la certitude en thérapeutique. — Phthisie puerpérale; grande amélioration; indications de *phosphorus*, *sulfur* et *drosera*. — *Régime maigre*.

Nous avons en ce moment, Messieurs, dans notre salle des femmes, au n° 3, salle II, une malade qui mérite d'attirer pendant quelque temps notre attention. Agée de 49 ans, sujette depuis 12 ou 15 ans à la diarrhée, elle a vu sa constitution fléchir peu à peu et aujourd'hui elle nous présente tous les signes d'une *néphrite interstitielle*. Voici son observation :

OBSERVATION XX. — *Néphrite interstitielle*.

M^{me} Lalouette, âgée de 48 ans, entrée le 10 mai (salle II, n° 3).

Cette malade est fort amaigrie; son teint est pâle et grisâtre; ses forces sont presque nulles. Depuis bien des années, huit ou dix ans, elle était sujette à une diarrhée qui a résisté à tous les traitements allopathiques et a détruit peu à peu la constitution de cette femme. Cependant la malade continua de travailler jusqu'à l'année dernière. A cette époque elle entra, pour sa diarrhée, dans le service de notre regretté Milcent; elle sortit quelque temps après complètement guérie. C'est ce

premier succès de l'homœopathie qui nous la ramène à plus d'une année de distance.

État actuel. — Amaigrissement, grande faiblesse, perte d'appétit, soif énorme le jour et la nuit, urines extrêmement abondantes, aqueuses, pesant 1,010 et contenant une notable quantité d'albumine. Il n'y a d'œdème nulle part en ce moment; au commencement de l'année, elle aurait eu une légère bouffissure de la face.

Le cœur est hypertrophié; le pouls bat en dehors de la ligne du mamelon; les artères radiales et temporales sont ossifiées; la respiration est naturelle; la malade a encore quelquefois la diarrhée.

La malade fait remonter à trois années le début de la soif et des urines abondantes.

Le 11 mars. Je prescrivis *arsenicum*, 3^e trit., 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau; une cuillerée toutes les trois heures.

Le 17. La soif est moindre; les urines sont moins abondantes; la malade se trouve plus forte. Néanmoins les urines marquent toujours 1,010.

Le 26. Amélioration de l'état général; même poids des urines. *Arsenic*, 1^{re} trit.

1^{er} avril. La malade va mieux; les forces renaissent lentement, il est vrai; l'appétit a reparu; elle boit moins; urine moins; mais le poids des urines est toujours le même. *Phosphori acidum*, 3^e, 3 gouttes.

On lui donne ce médicament jusqu'au 15 avril et je laisse la malade au docteur Frédault.

Vous savez, Messieurs, qu'en dehors de la maladie de Bright ou néphrite parenchymateuse, on peut observer deux autres lésions du rein. L'une appelée néphrite

interstitielle est caractérisée par un développement pathologique, une *prolifération* ou *hypergenèse* du tissu conjonctif, suivant le langage du jour. Cette *hypergenèse* est suivie de l'atrophie du tissu glandulaire, étranglé au milieu de ces productions exagérées, qui elles-mêmes finissent par se resserrer et s'atrophier. L'autre lésion est la dégénérescence amyloïde du rein; elle se montre presque exclusivement chez des scrofuleux ou des rachitiques, et à la suite de suppurations prolongées.

Dans le cas qui nous occupe, nous avons affaire à une néphrite interstitielle, caractérisée chez notre malade par les symptômes suivants : soif excessive et urines très-abondantes, comme chez les diabétiques; on y trouve de l'albumine en proportion notable, surtout depuis quelques jours; avec cela absence d'œdème; ce qui, vu le début assez éloigné de la maladie, exclut l'idée de la maladie de Bright. Comme dans presque tous les cas analogues, nous constatons en même temps l'hypertrophie du cœur et l'ossification des artères.

La médication est bien difficile en pareil cas, de même que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une lésion organique. Cependant j'ai prescrit l'*arsenic* qui, vous le savez, est très-homœopathique à l'albuminurie, et qui, dans le cas particulier, répond parfaitement à la soif, à la faiblesse et à l'amaigrissement. Vous savez, en effet, que dans tous les cas d'empoisonnement chronique par l'*arsenic*, on trouve de l'albumine dans les urines des gens intoxiqués; lorsque l'empoisonnement est aigu, ce n'est plus seulement de l'albumine, mais de l'hématoglobuline qui passe dans le

produit de la sécrétion rénale. Il n'y a pas, du reste, que l'*arsenic* qui soit indiqué dans l'albuminurie. Dans les cas aigus, caractérisés par des urines sanguinolentes et de la douleur des reins, je préfère *belladone* au début, et ensuite *cantharis*. Ce dernier médicament est parfaitement homœopathique, car personne n'ignore que le vésicatoire peut déterminer une congestion rénale accompagnée d'albuminurie passagère, de douleurs rénales et d'émission difficile d'urines rares et quelquefois sanguinolentes. Quant à la néphrite chronique, je la combats par l'*arsenic* et le *plomb*. Les saturnins, du reste, présentent un aspect assez analogue à celui des malades atteints d'albuminurie chronique ; de plus leur urine est souvent albumineuse.

Vous m'avez vu tout à l'heure prescrire la *drosera* à la malade couchée au n° 2 de la salle des femmes, et qui, vous le savez, est une phthisique. Ce médicament correspond à la toux provoquée par un chatouillement dans la gorge, avec quintes et vomissements. Il est précieux non-seulement à cause des services qu'il rend aux malades, mais encore parce qu'il peut servir de démonstration à ce que j'appellerai la *certitude thérapeutique*. Cette dernière réside dans deux termes, la connaissance positive de la maladie, d'une part, celle non moins positive du modificateur, d'autre part. Si vous n'avez pas cette double connaissance, vous ignorerez toujours l'effet qu'il faudra attribuer à votre médication. Or, Messieurs, cette connaissance positive des agents thérapeutiques, c'est à Hahnemann que vous en êtes redevables, car c'est lui le véritable fondateur de la matière médicale expérimentale. Sans doute, vous trouverez

cette méthode indiquée avant lui; ainsi Pline, dans l'antiquité, note les effets de l'aconit sur l'homme sain; Storek, longtemps après, a pu suivre cette voie. Mais tout cela n'était qu'un pressentiment, si je puis m'exprimer ainsi, et si vous comparez ces essais grossiers avec la formule homœopathique et les pathogénésies des cent médicaments, dues au labeur surhumain et à la patience de Hahnemann, vous reconnaîtrez sans peine qu'à nul autre qu'à lui revient l'honneur de la réforme thérapeutique.

Mais il ne suffit pas de connaître l'effet positif des médicaments, il faut encore savoir à quelle maladie on a affaire, et la maladie une fois reconnue, en distinguer la forme et la variété: sans cela, vos statistiques n'auront pas la moindre valeur. En effet, si vous traitez une fièvre typhoïde, et que vous vouliez prouver l'action d'un médicament sur la durée de la maladie, il faut indiquer quelle forme s'est présentée à vous, car, abandonnée à elle-même, la forme bénigne guérit en quatorze ou dix-sept jours; la forme commune en vingt ou vingt-quatre jours; la forme prolongée peut aller jusqu'à quarante et soixante jours. Les mêmes distinctions sont nécessaires lorsqu'il s'agira de pneumonies qui, malgré leur bénignité, proclamée par vos maîtres, depuis qu'ils ont été témoins des merveilleux succès de l'homœopathie, n'accusent pas moins dans la statistique officielle des hôpitaux de Paris une mortalité de 25 à 30 pour 100. Lorsque vous distinguerez les espèces morbides, leurs formes, leurs variétés, le caractère épidémique, la constitution médicale, quand vous connaîtrez les effets positifs des médicaments sur l'homme sain, alors vous pourrez affirmer que vous possédez les éléments

de la certitude thérapeutique ; sinon , allopathes ou homœopathes, vos observations porteront le cachet de l'incertitude et de l'illusion.

Ces illusions et cette ignorance sur l'action des médicaments formaient l'apanage de la thérapeutique traditionnelle, et l'immortel Bichat l'avait affirmé dans ces lignes, que nos adversaires feraient bien de méditer : *« Incohé-
« rent assemblage d'opinions elles-mêmes incohérentes, la ma-
« tière médicale est peut-être, de toutes les sciences physio-
« logiques, celle où se peignent le mieux les travers de l'esprit
« humain. Que dis-je ? Ce n'est point une science pour un
« esprit méthodique ; c'est un ensemble informe d'idées
« inexactes, d'observations souvent puériles, de moyens illu-
« soires, de formules aussi bizarrement conçues que fastidieu-
« sement assemblées. On dit que la pratique médicale est
« rebutante ; je dis plus : elle n'est pas, sous certains rapports,
« celle d'un homme raisonnable, quand on en puise les prin-
« cipes dans la plupart de nos matières médicales. »*

Tel est, Messieurs, le langage, justement sévère, du maître le plus célèbre dont puisse s'enorgueillir la Faculté. Et c'est au nom de cette thérapeutique, si bien flétrie par lui, qu'on nous persécute, nous dont le seul but a été de la tirer du chaos où elle était ensevelie. Et ce n'est pas seulement sur le terrain scientifique que nous avons été combattus, c'est aussi sur le terrain professionnel. Les calomnies les plus basses et les plus odieuses, les mensonges les plus éhontés répandus sur nous en tous lieux et à toute heure, les accusations de charlatanisme et d'immoralité scientifique, ne nous ont point été épargnés. Et par qui ont-elles été conduites ces attaques aveugles ? Par des hommes qui pourtant nous connaissent parfaitement, des hommes dont nous

avons été les collègues et les émules dans les concours, à la Faculté et aux hôpitaux, et qui, n'ayant pas eu le courage d'embrasser la vérité, n'ont pas eu du moins la pudeur du silence.

Nous donnons ici la suite de l'observation de cette phthisie, qui a débuté par une pleurésie chez une femme en couches.

OBSERVATION IV (suite).

La malade, sous l'influence d'*arsenic* (12^e), avait vu son état général s'améliorer; elle prenait *phosphorus* 30^e depuis le 5 février.

Le 11. La toux a diminué notablement. Le mouvement fébrile est toujours intense et débute vers trois heures. La température atteint 39°,5 et 40°; le matin, elle est à 38°5; le pouls à 88. Je donne *phosphorus*, 6^e, 2 gouttes.

Le 16. La toux a augmenté chaque jour depuis l'usage de *phosphorus*, 6^e. En même temps, la température du matin s'élève à 39°. Nous pensons à une aggravation médicamenteuse, et nous suspendons le médicament.

Le 17. La malade a beaucoup moins toussé, mais la température reste la même.

Le 18. La malade continue à se trouver mieux, parce qu'elle tousse moins et que ses forces reviennent; elle ne s'aperçoit pas de la fièvre; c'est, comme on sait, un des caractères de la fièvre hectique. On revient à *phosphorus*, 30^e au lieu de 6^e.

Le 23. Le mieux continue; la malade tousse peu; elle mange bien; elle dort bien; ses forces reviennent, malgré le régime maigre. La température tombe d'un demi-degré. *Phosphorus*, 200^e.

Le 25. La température reprend à 39° le matin et 40° le soir; la toux n'augmente pas. Je prescris *sulfur*, 30°.

Le 27. L'état général continue à s'améliorer, malgré la fièvre hectique; la température a peu varié, 39° le matin, 39,8 le soir, mais la malade tousse beaucoup plus. Je suspens le médicament.

Le 28. Diminution de la toux. Je reprends *sulfur*.

2 mars. Toux augmentée, quinteuse par picotement dans le larynx. *Drosera*, 3°, 3 gouttes; 3 cuillerées par jour.

Le 7. La toux a diminué avec l'administration de *drosera*. L'état des forces, l'appétit, le bien-être, l'embonpoint font des progrès sensibles; la malade ne se croit pas malade. Cependant, nous avons toujours des crachats abondants et de gros râles muqueux au sommet droit, et surtout au sommet gauche. La température du soir varie entre 39 et 40°. La malade sort le 14 mars, se croyant guérie.

Je l'ai revue deux mois après : l'amélioration se maintenait, mais je n'ai pu examiner l'état local.

Nous ferons remarquer l'*aggravation* du symptôme *toux* par phosphorus (6°) et par sulfur 30°.

Vous voyez, Messieurs, que l'on peut enrayer les phthisies les plus graves sans avoir recours au quina, à l'alcool, au jus de viande et à tous les *prétendus* toniques accumulés avec tant de luxe contre une *prétendue* débilité.

NEUVIÈME LEÇON. — 19 mars 1874.

SOMMAIRE. — Rhumatisme articulaire aigu; indications de *chinnum sulfuricum*, *china*, *aconit*, *mercurius*, *bryonia*. — Endocardite rhumatismale chronique; observation; nouvel exemple d'aggravation médicamenteuse; *cactus*, *aconit*. — Indications d'*aconit*, *pulsatille* et *ipéca* dans la rougeole; *ipéca* et *bryone* dans la bronchite grave de la rougeole. — Hystérie et *bromure de potassium*. — Asthme et la *médication iodée*. — Aortite chronique; observation. — Indications de *nux vomica*, *bryonia* et *arseniate d'antimoine*.

OBSERVATION XXI. — *Rhumatisme articulaire aigu*.

Mademoiselle Marie Maisonneur, 24 ans, domestique, entrée le 17 mars, sortie le 15 avril (salle I, n° 2).

Il y a un mois, elle ressentit des douleurs dans les genoux, douleurs qui ne durèrent qu'un jour; elle continua à travailler jusqu'au 13 mars. Ce jour-là, des douleurs subites se montrèrent dans les articulations du genou et de la hanche.

Le 16. Les articulations du poignet et des coudes se prirent, mais les douleurs furent moins fortes que dans la jambe.

Cette fille n'a aucun antécédent héréditaire, mais elle est sujette depuis trois ans aux migraines.

Temp., soir, 39°; pouls. 120.

Le 18. Temp., matin, 37°,6; puls. 80. Les articulations des jambes sont principalement prises, mais il n'y a ni rougeur, ni tuméfaction, ni transpiration. Les bruits du cœur sont parfaitement purs. Céphalalgie;

inappétence. *Chin. sulf.*, 3^e trit. Temp., soir, 38°,6; puls. 88.

Le 19. Temp., matin, 38°,2; puls. 84. Les mains sont un peu tuméfiées; le cœur reste toujours sain. Temp., soir, 39°; puls. 92.

Le 20. Temp., matin, 37°,8; puls. 72. Nuit excellente, *Chin. sulf.*, 3^e trit., Temp., soir, 38°6; puls. 100.

Le 21. Temp., matin, 38°; puls. 84. Diarrhée, douleurs dans la continuité des membres. *Chin., sulf.*, 2^e trit. Temp., soir, 38°6; puls. 100.

Le 22. Temp., matin, 38°; puls. 84. Même traitement. Temp., soir, 38°,2; puls. 88.

Le 23. Temp., matin, 38°,6; puls. 72. Le malade dort bien et souffre beaucoup moins. *Chin. sulf.*, Temp., soir, 38°; puls. 72.

Le 24. Temp., matin, 38°; puls. 68. Même température le soir. La malade va très-bien. A partir de ce jour, elle entre en convalescence.

Le 27. La malade se lève. État général très-satisfaisant; quelques douleurs articulaires persistantes. *Colchicum*, 3^e.

Le 31. Douleurs abdominales. La malade abuse un peu de ses forces; ses articulations sont toujours légèrement prises. *Rhus*, 3^e; se lever très-peu.

2 avril. Depuis que la malade a repris le lit, elle se trouve beaucoup mieux. On lui donne *china*, 12^e, jusqu'à son départ.

Elle nous quitte guérie le 15 avril.

A propos de cette malade, je veux vous faire remarquer l'individualité du cas, qui présente deux caractères propres : le premier est le peu de gonflement des join-

tures; le second, l'absence des sueurs profuses habituelles. Vous savez que le rhumatisme articulaire aigu ayant une marche incertaine et nullement cyclique, pouvant durer six semaines aussi bien que huit jours, il n'y a pas de certitude thérapeutique à baser sur la plus ou moins grande rapidité de la guérison. J'ai fait donner le *chininum sulf.*, à cause du type rémittent de la fièvre, caractérisé par l'écart de la température et du pouls entre le matin et le soir.

Vous voyez, par la suite de l'observation, que *chininum sulfur.* a bien répondu à notre attente, et que la malade est entrée en convalescence le septième jour du traitement, le neuvième ou le dixième de la maladie. La convalescence, pourtant si périlleuse pour les rhumatisants, ne fut pas notablement troublée. Cependant, la malade marcha un peu trop dans la salle. Je fus obligé de la remettre au lit. *China* acheva la guérison, et la malade sortit en parfait état après un séjour de moins d'un mois à l'hôpital.

Eh bien, je n'hésite pas à le dire, comme durée de maladie et comme durée de convalescence, ce cas peut certainement passer pour un succès.

Le *chininum sulfuricum* est mon médicament habituel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et répond, ainsi que le *china*, aux douleurs articulaires avec tuméfaction et rougeur; il répond surtout au mouvement fébrile intermittent ou rémittent.

Quand le mouvement fébrile est très-intense et continu, le pouls grand et fort, la face rouge, la soif vive, l'anxiété considérable, *aconit* est le médicament principal.

Mercurius est indiqué principalement par les sueurs

profuses, la pâleur de la face, l'aggravation des douleurs pendant la nuit.

Bryonia est fréquemment employé par les homœopathes dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu : arthrite des grandes ou des petites articulations, gonflement pâle ou rouge, fièvre modérée, aggravation des douleurs par le moindre mouvement.

Quant au *china*, qui affecte les mêmes localisations que le *chininum sulfuricum*, vous m'avez vu le prescrire chez notre malade quand la fièvre a été complètement tombée. C'est là le moment de son administration dans le rhumatisme articulaire aigu. Vous m'entendrez souvent le prescrire contre l'arthrite goutteuse.

Puisque nous sommes sur le chapitre du rhumatisme, je suis amené tout naturellement à vous parler d'une autre malade, atteinte d'une endocardite d'origine rhumatismale, datant de dix ans.

OBSERVATION XXII. — *Endocardite rhumatismale chronique.*

Mademoiselle Louise Pommier, 38 ans, entrée le 9 mars, sortie le 7 avril.

Cette fille, d'une constitution chétive, entra dans nos salles en se plaignant d'étouffements et de palpitations. Elle n'a jamais été d'une bonne santé.

Pendant son enfance, elle a eu quelques symptômes de scrofule.

Une fois réglée, elle eut des pertes blanches dans les intervalles des époques et tous les symptômes de la chlorose : céphalalgie, éblouissements, palpitations.

Il y a dix ans, elle eut une attaque de rhumatisme généralisé. A la suite de cette maladie, elle eut des palpitations beaucoup plus fortes. Des étouffements fré-

quents l'empêchaient de pouvoir se livrer à des travaux pénibles; elle n'a jamais toussé; du reste, l'examen des poumons donne un résultat négatif.

État actuel. — Palpitations lorsqu'elle fait le moindre mouvement; douleur très-vive à la pointe du cœur.

A l'examen, souffle rude au premier temps et à la pointe; frémissement cataire très-prononcé à la pointe: le cœur est très-hypertrophié.

De l'interrogatoire, il ressort que les palpitations et les douleurs que la malade éprouvaient au cœur avant l'attaque de rhumatisme, et qui étaient sous l'influence de la chlorose, ont été considérablement augmentées par le rhumatisme.

Le diagnostic est ici des plus simples: insuffisance de la valvule mitrale, suite d'une endocardite rhumatismale; hypertrophie compensatrice.

9 mai. *Cactus*, 1^{re} dil., 10 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillère toutes les trois heures. Régime ordinaire.

Le 11. La malade accuse de l'insomnie et des douleurs plus vives au cœur; expectation.

Le 12. Amélioration; nous reprenons *cactus*, 1^{re}, mais 4 gouttes seulement.

Le 13. Même aggravation qu'avec 10 gouttes: nous suspendons tout médicament pendant quarante-huit heures. Amélioration; nuit meilleure; diminution des douleurs, des palpitations et de l'étouffement.

Le 16. Nous reprenons *cactus*, 4^{re}, 4 gouttes.

Le 18. Pas d'aggravation notable, mais l'état est en somme sensiblement le même qu'il y a huit jours. Cette malade est mise à *acrid.*, 1^{re}, puis 30^e. Cette dernière dose calme les douleurs et les palpitations; le frémisse-

ment cataire disparaît; le bruit de souffle persiste, mais moins rude, et la malade sort de l'hôpital très-soulagée.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est l'absence de tout signe de cachexie cardiaque, malgré la gravité et l'ancienneté de la lésion. Cette femme est, à la vérité, maigre et anémique, mais elle était ainsi avant son rhumatisme, et elle doit l'immunité relative dont elle a bénéficié jusqu'à présent à l'hypertrophie compensatrice de son cœur, hypertrophie qui a permis à la pression artérielle de s'équilibrer avec la pression veineuse. Le jour où cet équilibre cessera, nous verrons commencer la cachexie.

Le traitement, vous le comprenez, est fort épineux. Une lésion remontant à dix années, des valvules déformées n'offrent pas à la thérapeutique l'occasion de remporter de brillants succès. Tout ce qu'on peut faire, c'est de chercher à améliorer l'état général, à lutter contre la lésion, à retarder ainsi la période cachectique; quant à réparer un organe, il n'y faut pas songer.

J'ai prescrit le *cactus grandiflora*, très-indiqué dans les affections du cœur de nature rhumatismale, et vous avez eu l'occasion de voir, une autre fois, ce médicament produire une aggravation manifeste. Dès le premier jour, en effet, la malade accusa des palpitations et de l'insomnie; nous suspendîmes le médicament; elle se trouva mieux; deux jours après, même remède, même aggravation. J'ai cru pourtant devoir insister sur le *cactus* jusqu'à ces derniers jours, où je l'ai remplacé, avec avantage, par l'*aconit*, puissant modificateur des affections cardiaques. J'ai, en effet, expérimenté cette renonculacée, et en injectant à des lapins des doses

croissantes d'extrait d'aconit, j'ai produit presque constamment des lésions de la valvule mitrale.

A propos d'un jeune homme atteint d'une *rougeole* de forme commune, qui est arrivé aujourd'hui à la convalescence de cette maladie cyclique, sans avoir présenté d'autres phénomènes que quelques saignements de nez et un peu de diarrhée, je vous dirai un mot du traitement. J'ai l'habitude, pour ma part, de donner l'*aconit*, et de m'en tenir à ce médicament lorsqu'il n'y a pas de complications. Le mouvement fébrile, la soif, la rougeur de la peau, en sont les principales indications, et je le prescris, le plus ordinairement, à la dose de quelques gouttes de la 3^e dilution dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Pulsatilla sera préférable lorsqu'il y aura de l'otalgie et absence de soif. Lorsque les épistaxis seront très-abondantes et répétées, le tamponnement pourra devenir nécessaire, mais je crois que vous le préviendrez presque toujours avec *ipéca*. Enfin, Messieurs, vous savez combien est grave la bronchite capillaire de la rougeole, appelée aussi rougeole péripleurmonique. Trousseau la considère comme fréquemment mortelle. Eh bien ! depuis que je me sers des médicaments homœopathiques, après une pratique déjà longue, j'en suis encore à attendre un revers. Notre médication est, en effet, héroïque dans ce cas, et roule sur l'emploi de deux médicaments : l'*ipéca* et la bryone, alternés de deux heures en deux heures, et que j'administre toujours à la 12^e dilution. Je ne veux pas dire que ce moyen soit infaillible, mais on peut affirmer qu'il est d'une écrasante supériorité.

Les deux hystériques du n° 3 et du n° 8 de la salle des femmes vont quitter l'hôpital dans quelques jours. Je leur ai donné dans ces derniers temps le *bromure de potassium*, qui présente dans ses effets pathogénétiques l'absence de la nausée réflexe, lorsqu'on introduit le doigt dans le pharynx, phénomène que présentent presque toutes les hystériques. Chez l'une d'elles, le n° 8, l'administration du bromure de potassium à la 3^e trituration a fait disparaître, au moins momentanément, la nausée réflexe; nouvelle démonstration de la loi de similitude.

Quant à nos asthmatiques, ils sont moins nombreux. La femme du n° 6, qui avait un emphysème transitoire, a guéri par l'arsenic. Le n° 1 de la salle des hommes, arrivé aussi avec un emphysème transitoire, et dont les crachats, spumeux et semblables à du blanc d'œuf battu, était une indication de l'arsenic, a guéri, comme vous le savez, à l'aide de ce médicament. Pour hâter sa guérison, je lui avais donné l'*iode*, mais sans grand succès, et je suis revenu à l'arsenic. Ce qui m'avait conduit à administrer l'iode, c'est que Trousseau avait vu les malades auxquels il le prescrivait présenter une respiration prolongée et sibilante, qu'il attribuait à l'iodisme, et j'en avais conclu que produisant ces symptômes, il devait les guérir. Depuis, en relisant Rilliet, je n'ai pas vu ces phénomènes signalés; aussi faut-il faire des réserves à ce sujet, jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient élucidé la question.

A ce propos, il est juste de noter qu'un empirique américain et un pharmacien français, M. Aubré, ont essayé de mettre en honneur le traitement de l'asthme par l'iodure de potassium à haute dose.

D'après ce que j'ai pu lire et voir de cette médication, elle est restée pour moi fort infidèle, comme toutes les médications dont nous ne possédons pas les indications positives.

Une autre malade restera plus longtemps dans nos salles, c'est une femme de 70 ans, entrée le 9 mars.

OBSERVATION XXIII. — *Goutte, Aortite chronique, Emphysème, Hémorrhôides.*

M^{me} Renaudin, 70 ans, entrée le 9 mars, sortie le 4 avril (salle II, n° 4).

Cette femme a été d'une bonne santé; elle a eu huit enfants, et ses couches ne furent jamais suivies d'accidents.

Il y a sept ans, elle commença à sentir des douleurs, à droite, à la base de la poitrine; sa respiration devint moins libre et moins facile.

Depuis trois ou quatre ans, elle a des hémorrhôides; le sang qu'elle perdait, quelquefois en assez grande abondance, soulageait la malade.

En 1872, elle eut une bronchite aiguë qui la retint au lit pendant cinq mois.

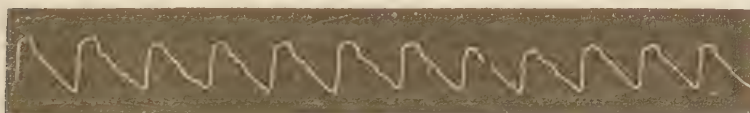
La dyspnée dont elle se plaignait déjà devint plus intense; les étouffements, beaucoup plus fréquents en hiver qu'en été, revenaient par accès très-rapprochés les uns des autres, mais duraient très-peu de temps; elle avait des palpitations; la constipation est habituelle chez cette femme. elle ne va à la selle que par lavements.

État actuel. — La malade a, depuis huit jours, une

douleur dans le côté droit de la poitrine. Depuis ce moment-là, elle tousse et expectore abondamment.

A l'examen de la poitrine, on constata les signes de l'emphysème transitoire, une sonorité exagérée et l'expiration prolongée, accompagnée à gauche et à droite de râles humides.

Il n'y a aucuns bruits anormaux au cœur, mais il y a une voussure présternale très-marquée; à ce niveau, qui est celui de l'aorte, il existe une matité s'étendant à droite du sternum et mesurant environ 6 centimètres. Le deuxième bruit aortique est un peu soufflant; les artères radiales sont ossifiées et il n'est donc pas difficile de diagnostiquer ici une aortite avec ossification et dilatation de l'aorte. Les nuits sont agitées. Le tracé sphygmographique est en rapport avec le diagnostic; ligne ascendante verticale, plateau très-marqué, ligne descendante peu oblique avec un léger dirotisme.



TRACÉ 6.

Cette femme se plaint surtout de ses hémorroïdes, qui sont très-douloureuses et saignantes; constipation énorme. *Nux vomica*, 12°, 6 globules dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Le 12 mars. La malade se plaint beaucoup. *Arsenicum*, 12°, de la même manière et un lavement froid.

Le 14. Les nuits sont meilleures; l'oppression a diminué, mais les douleurs hémorroïdaires n'ont pas cédé. *Nux vomica*, 30°, 4 globules dans 125 grammes d'eau, trois cuillerées par jour.

Le 18. Les douleurs hémorroïdaires ont diminué au bout de vingt-quatre heures, elles ont presque complètement disparu aujourd'hui. On prescrit *ipéca*, 3^e trit., pour le catarrhe avec expectoration.

Le 21. Les douleurs habituelles de l'épaule droite prennent plus d'intensité; l'expectoration est moindre. *Bryonia*, 3^e dil.

Le 23, ce matin la malade présente des arthrites goutteuses dans les doigts de la main et dans l'épaule droite. Je prescris *china*, 12^e, 6 globules dans douze cuillerées d'eau, trois doses par jour.

Le 26. Les douleurs ont beaucoup diminué. On prescrit *arsenate d'antimoine*, 2^e trit., 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Le 31. Grande amélioration; la malade tousse à peine; elle respire bien; les nuits sont bonnes; toujours douleur dans le côté droit. *Bryonia*, 3^e.

L'amélioration se continue et la malade sort le 4 avril dans un état relativement satisfaisant.

Chez cette femme, l'existence de tumeurs hémorroïdales venant compliquer son emphysème, me détermina à lui donner *nux vomica*. La douzième dilution, d'abord administrée, produisit peu d'effet, et comme elle se plaignait de violentes douleurs à l'anus, je passai à la trentième, et l'amélioration fut rapide et manifeste. Aujourd'hui elle ne souffre plus de ses hémorroïdes. Malheureusement elle étouffe encore, et présente de plus les signes d'une aortite chronique, maladie peu étudiée jusqu'à présent et dont les signes caractéristiques sont ceux d'une maladie du cœur avec absence

des signes physiques d'une lésion des orifices. Cette malade présente une augmentation de la malité transversale de l'aorte, qui est de 6 à 7 centimètres au lieu de 3 1/2. Les artères radiales présentent des traces manifestes d'ossification; les nuits sont agitées et l'oppression bien marquée; enfin le tracé sphymographique présente le plateau caractéristique de l'aortite. En pareil cas, vous observerez fréquemment de l'essoufflement, de la toux, de la dysphagie, ainsi que de l'albuminurie et de l'œdème, toutes choses observées dans les affections cardiaques.

Nous reviendrons dans une prochaine clinique sur l'*aortite chronique*.

DIXIÈME LEÇON. — 26 mars 1874.

SOMMAIRE. — Ulcère simple de l'estomac ; observation ; indications de *nux vomica*, *arsenicum* et *argentum nitricum*. — Pneumonie du sommet ; observation ; *bryone* et *phosphore*, *tartarus emeticus* ; traitement de la pneumonie. — Histoire de l'introduction de l'homéopathie dans les hôpitaux de Paris ; Tessier ; ses dénonciateurs ; rapport et statistique favorables (de M. Davaine. — L'expectation et le traitement homéopathique dans la pneumonie. — Sciatique ; observation ; indications de *Bryonia*, *rhus toxicodendron*, *colocythis*, *arsenicum*, *belladonna* et *chamomilla*, *nux vomica*, *sulfur*, *veratrum*. — Phthisie forme commune ; observation ; indications de *bryonia* et *drosera*. — Du choix de la dose.

Messieurs, Voici l'histoire d'un malade atteint de vomissements depuis bien des années.

OBSERVATION XXIV. — *Ulcère simple de l'estomac*.

M. Martin, maçon, 37 ans, entré le 25 mars, est couché au n° 4.

Ce malade, sujet à des épistaxis pendant son enfance, commença à être malade il y a environ trois ans, et, après deux mois de dyspepsie, il commença à vomir ses aliments. Ces vomissements arrivaient tantôt immédiatement après le repas, tantôt cinq à six heures après, mais étaient toujours précédés par des coliques violentes.

Il vomissait presque tous les deux jours, mais il lui arrivait quelquefois de ne pas vomir pendant quinze

jours. Mis au régime lacté à la Pitié, pendant deux mois, il ne fut nullement amélioré.

Le malade accuse à la pression une douleur au-dessous de l'appendice xiphoïde, mais la main ne constate aucune tumeur dans la région épigastrique.

Absence de douleur dans la région correspondante du rachis.

26 mars. *Nux vom.*, 30^e, 4 globules dans 125 grammes d'eau, trois cuillerées par jour.

Le 27. Le malade a vomi hier soir. Même traitement.

Le 28. Pas de vomissements. Même traitement.

Le 29. Vomissements. *Nux vomica*, 3^e dil.

Le 30. Le malade a vomi hier soir. *Metallum*, 6^e.

Le 31. Vomissements. *Metallum*, 12^e.

1^{er} avril. Le malade est moins altéré et n'a pas vomi. *Metallum*, 3^e trit.

On le met au régime animal, presque exclusif.

Le 2. Pas de vomissements. Même traitement.

Le 3. Vomissements en petite quantité, *Metall.*, 2^e trit.

Le 4. Pas de vomissements. Même traitement.

Le 5. Vomissements très-abondants. *Metall.*, 1^{re} trit.

Le 6. Très-peu de vomissements. Même traitement.

Le 7. Pas de vomissements.

Le 8. Pas de vomissements.

Le 9. Hier soir, le malade a eu quelques légers vomissements. Il est resté cinquante-six heures sans vomir. L'état général est bien meilleur qu'à son entrée.

Le 11. Le malade a vomi hier soir. Même traitement.

Le 12. *Arg. nitricum*, 3^e trit.

Le 13. Pas de vomissements. Même traitement.

Le 14. Pas de vomissements.

Je vous ferai remarquer que nous avons devant nous une constitution hémorroïdaire : le malade a eu des épistaxis, ce qui arrive fréquemment dans cette dyscrasie constitutionnelle. De plus, il n'a pas perdu l'appétit, symptôme négatif *très-important*, quand il s'agit d'une affection organique à l'estomac. A l'examen direct, nous ne trouvons ni la dilatation avec sonorité des affections pyloriques, ni la matité circonscrite, lorsqu'il existe une tumeur de l'estomac ; la palpation ne décèle pas non plus cette tumeur ; la maladie dure depuis trois ans sans avoir amené la cachexie. En résumé, je crois que nous pouvons poser comme diagnostic : *ulcère simple de l'estomac*.

Vous savez qu'on observe dans l'ulcère simple deux formes, l'une hémorrhagique, et l'autre dans laquelle les pertes de sang sont plus rares. La terminaison fatale peut être fort rapide, notamment dans deux circonstances. En effet, on observe quelquefois des hématomèses mortelles, par suite de l'ulcération d'un vaisseau ; d'autrefois, il se produit une perforation suivie de péritonite ; cette terminaison arrive 12 fois sur 100.

J'ai commencé le traitement par la *noix vomique*, indiquée par les vomissements alimentaires et les aigreurs, et qui, dans l'espèce, convenait au tempérament hémorroïdaire et à la constipation. Je l'ai administré à la 30^e dilution, parce que j'ai souvent remarqué des aggravations produites par ce médicament dans les affections stomacales. Cette dose n'ayant pas produit de résultat, j'ai descendu l'échelle posologique ; puis je suis passé à l'*arsenic* et l'*argentum nitricum*, qui ont donné une légère amélioration.

Je veux vous dire un mot maintenant de la malade qui a succombé, avant-hier, à une pneumonie.

OBSERVATION XXV.— *Pneumonie du sommet.*

M^{me} Goris, 50 ans, entrée le 20 mars, morte le 24 (salle II, n° 3).

Cette femme a beaucoup souffert pendant ces derniers temps; mal nourrie, obligée de travailler pour gagner sa vie, elle nous dit que, depuis quelques mois, elle avait perdu ses forces.

Elle est encore réglée; ses règles viennent tous les mois et sont de véritables pertes. Dans les intervalles, elle a des pertes leucorrhéiques depuis au moins quinze mois.

11 mars. Sans avoir eu de malaise, et sans cause bien connue, la maladie débuta par un frisson violent et par une fièvre continue. De la céphalalgie, un point de côté siégeant à droite au-dessous du mamelon, de la toux, tels furent les premiers symptômes de la maladie dont elle est atteinte. La maladie ne fut pas reconnue et elle fut traitée par *aconit* jusqu'au jour où elle est entrée dans nos salles; elle arriva dans un état très-grave.

Oppression considérable, toux fréquente, langue sèche recouverte d'un enduit épais; des plaques de muguet occupent les joues et le voile du palais; crachats visqueux transparents et verdâtres; souffle et bronchophonie dans les fosses sus et sous-épineuse. La face exprime une grande anxiété. Les forces sont très-déprimées; le pouls est mou, petit, à 116; la température à 40°.

Le 21. Huitième jour, *premier jour du traitement*. La nuit a été très-agitée; la dyspnée est excessive; la res-

piration râlante; la langue sèche; la soif vive; les crachats rares, jaunâtres, peu visqueux. Pouls, 104; temp., 39°, 6. *Bryonia*, 12^e, 6 globules dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Soir. Oppression, délire. Suppression des crachats. Pouls, 120; temp., 39°, 8; *Phosphorus*, 12^e, 6 globules dans 12 cuillerées d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 22, neuvième jour, *deuxième du traitement*. Après *phosphorus*, la malade commence à cracher; néanmoins, la nuit a été très-mauvaise; grande agitation, dyspnée considérable, sueur générale, langue un peu moins sèche. Ces deux signes, relativement bons, perdent de leur valeur devant l'ensemble des symptômes: les urines sont pâles; la lésion s'étend et marche de haut en bas. Pouls, 108; temp., 38°, 8; c'est-à-dire presque un degré moins qu'hier à la même heure. On continue *phosphorus*, 12^e. On nourrit la malade avec du lait et du bouillon.

Soir. Pouls, 124; temp., 39°, 4; quatre dixièmes de moins qu'hier soir. Par erreur, on donne *ipeca*, 4^{re}, à la malade, au lieu de continuer *phosphorus*.

Le 23, dixième jour, *troisième du traitement*. L'amélioration du mouvement fébrile continue. Pouls, 108; temp., 38°; huit dixièmes de moins qu'hier à la même heure. Mais il y a eu du délire cette nuit et la dyspnée est toujours aussi forte; l'expectoration est presque nulle. *Tartarus emeticus*, 3^e trit., 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Soir. Le mouvement fébrile, plus fort que ce matin, est néanmoins moins intense qu'hier soir; il suit donc

une échelle descendante. Pouls. 104; temp., 39°. Mais l'état général est toujours très-grave; langue sèche, lèvres noires, pouls très-faible, urines pâles; muguet de la bouche plus abondant. On revient à *phosphorus*, 42^e.

Le 24, onzième jour, *quatrième du traitement*. Le mouvement fébrile est moindre qu'hier soir; mais quatre dixièmes de plus qu'hier matin. Pouls. 108; temp., 38°4; mais la nuit a été détestable; dyspnée excessive; pouls faible; adynamie progressive. Soir. Pouls à 108; temp., 37°5; collapsus agonique, anxiété, agitation, langue desséchée; suppression de l'expectoration. *Tartaricus emeticus*, 1^{re}, et *vin*. Morte dans la nuit.

Je vous ferai remarquer, Messieurs, la singularité des variations thermométriques chez cette malade. Vous avez vu, d'après le récit de l'observation, que la chaleur avait été toujours en diminuant, ce qui aurait pu faire porter un pronostic favorable, si, en même temps, la dyspnée et l'adynamie n'avaient pas été en augmentant. De plus, ce que je ne puis accepter, c'est que le diagnostic de la pneumonie n'ait pas été fait par le médecin de la malade qui la vit pendant sept jours avant son entrée à l'hôpital. Je n'incrimine pas, en général, certaines erreurs de diagnostic, que la difficulté du cas peut faire comprendre, mais il est des choses qu'il n'est pas permis d'ignorer. Une maladie débutant par un frisson, de la fièvre, un point de côté et de la toux, doit faire penser d'emblée à une pneumonie, et la faire traiter comme telle, en attendant que les phénomènes stéthoscopiques viennent corroborer le diagnostic. Du reste, on a beau dire que chez les vieillards notamment,

la pneumonie ne présente guère de signes stéthoscopiques, je prétends qu'en cherchant bien, on finit par les trouver. C'est ce qui nous est arrivé chez cette pauvre femme, où, à l'auscultation de la fosse sus et sous-épineuse droite, nous avons entendu un souffle bronchique bien manifeste, quoique faible; car il ne faut pas oublier que le sommet du poumon se déployant et respirant moins que les lobes inférieurs, nous donne des bruits plus faibles.

Messieurs, mon pronostic, en voyant cette malade et en la suivant de près, ne tarda pas à être des plus fâcheux. Deux signes anormaux s'étaient, en effet, montrés : d'abord, l'abaissement de la température coïncidant avec l'aggravation des symptômes généraux, révélait le caractère ataxique de la maladie; ensuite, la coloration des urines, qui, chez notre malade, étaient pâles et sans dépôts, alors que dans la pneumonie elles doivent être rouges, quelquefois même couleur de sang. Il y avait aussi une oppression considérable, une adynamie profonde; la langue était sèche; enfin, signe très-fâcheux, la respiration était râlante par moments, ce qui indique un affaiblissement notable des muscles bronchiques.

A propos de cette maladie, je désire vous dire un mot sur la thérapeutique de la pneumonie. Tessier a formulé un traitement qui est aujourd'hui classique en homœopathie. Il consiste dans l'administration de la bryone pendant le jour et du phosphore pendant la nuit. Avec ces deux médicaments il est arrivé à n'avoir, dans son service d'hôpital, que trois décès sur quarante-deux cas, et encore faut-il ajouter qu'il a tenu un compte rigoureux de toutes les entrées quelles qu'elles

fussent, car sur ces trois décès, il y a deux malades qui sont entrés moribonds dans son service.

Les symptômes qui indiquent davantage la *bryone* sont la douleur et le point de côté; le *phosphore* correspond davantage aux fuliginosités de la langue, à sa sécheresse, et aussi à l'*état* ou plus exactement à l'apparence typhoïde.

Pendant que nous sommes sur ce chapitre, je crois utile, pour votre édification, de faire l'historique de l'homœopathie à Paris. C'était en 1848, Tessier, alors médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, aujourd'hui Sainte-Eugénie, d'accord avec les deux autres médecins de l'hôpital, MM. Valleix et Marrotte, était convenu d'essayer le traitement homœopathique dans la pneumonie. Dès qu'on vit que les malades guérissaient en grand nombre, ceux qui, d'abord, avaient conseillé et suivi l'expérience s'éloignèrent, puis, non contents de fuir la lumière, ils dénoncèrent Tessier au directeur de l'Assistance publique, comme introduisant le *charlatanisme* dans les hôpitaux. M. Davaine, alors directeur, répondit à cette dénonciation par une enquête de trois ans, enquête qui porta sur tous les malades des trois services de l'hôpital. Au bout de trois ans, la supériorité de la thérapeutique homœopathique s'était montrée d'une façon si manifeste, tant pour abréger la durée des maladies que pour diminuer la mortalité, que le directeur de l'Assistance publique ne put qu'encourager les essais de Tessier, si favorables, comme il eut la loyauté de l'affirmer, à la science et aux malades.

Nous croyons utile de reproduire cette statistique, dont l'exactitude nous a été affirmée par M. Davaine lui-même quelques mois avant sa mort.

Pendant les années 1849, 1850 et 1851, il a été traité dans le service allopathique (MM. Marrotte et Valleix), 3,724 malades; il y a eu 411 décès; soit une mortalité de 11,3 0/0.

Dans le service homœopathique (Tessier), dans le même temps, il a été traité 4,663 malades; il y a eu 339 morts; soit une mortalité de 8,55 0 0 : différence en faveur de l'homœopathie, 3 0/0.

De plus, comme le nombre des lits était sensiblement le même dans les deux services (100 lits chez Tessier, 99 lits pour Marrotte et Valleix), et qu'il est passé 300 malades de plus dans le service homœopathique que dans le service allopathique, il en résulte que la *durée* des maladies a été moindre.

Vous comprenez, Messieurs, que pareil résultat était un scandale. Il fallait répondre aux faits avancés et aux guérisons obtenues par la *bryone* et le *phosphore*. Valleix, le premier, avança que le diagnostic des cas publiés par Tessier était erroné, qu'on avait eu affaire à des *bronchites capillaires*. C'était puéril et maladroit. Puéril, car personne ne contestait la sûreté de diagnostic et l'expérience de Tessier; maladroit, car la bronchite capillaire est une maladie plus grave que la pneumonie, l'argument donc se retournait contre son auteur. Aussi cette première réponse eut peu d'écho.

C'est alors que les hôpitaux de Vienne fournirent l'occasion de donner des arguments plus sérieux. C'est là, en effet, que l'expectation fut pratiquée à ciel ouvert, et que Dielt la préconisa comme traitement dans la pneumonie. La première année les résultats, il faut le dire, ne furent pas trop défavorables : la mortalité n'avait été que de 7,4 0 0. La deuxième, elle monta à 9,2,

et enfin la troisième donna près de 21,2 décès pour cent cas. Borde, en 1855, arriva à une mortalité de 22 0/0, Schmidt à 23 et enfin Brandes, à Copenhague, à 31. Si on réunit ces six chiffres, on arrive à la moyenne 18,8 0/0.

A Paris, la statistique de Tessier ne donna pas tout à fait 6 0/0; à l'hôpital homœopathique Léopolstadt, elle donne 5 0/0.

De plus, Messieurs, en dehors de la statistique, vous pourrez vous assurer que la marche de la maladie n'est pas la même lorsqu'elle est soumise à l'expectation ou bien au traitement homœopathique. Dans le premier cas, en effet, la maladie, après avoir parcouru son cycle, se termine brusquement par défervescence; au contraire, ce phénomène est extrêmement rare dans le second cas; l'amélioration se fait progressivement et continuellement, et les symptômes s'amendent petit à petit. Enfin il y a encore cette différence, c'est qu'alors qu'on a laissé la maladie à elle-même, le mouvement fébrile étant tombé du neuvième au onzième jour, le souffle et les râles peuvent persister jusqu'au vingt-cinquième ou trentième jour, tandis qu'avec la médication homœopathique, les signes stéthoscopiques disparaissent après huit jours de traitement.

Après cette digression, je reviens à nos malades, et je vous signale tout de suite cet homme atteint de sciastique, que vous avez pu voir couché sur son côté sain.

OBSERVATION XXVI. — *Sciastique.*

M. Large, 40 ans, entré le 18 mars, couché au n° 6.

Non hémorroïdaire, pas de dartres, pas de syphilis, n'a jamais été malade. Début vers le 10 mars.

Le 16 mars la douleur est devenue tellement violente qu'il ne peut plus travailler. Il éprouve une douleur brûlante à la fesse; cette douleur se continue jusque dans la jambe en suivant le trajet du sciatique; la pression entre le grand trochanter et l'éminence ischiatique est extrêmement douloureuse. La douleur est continue, le mouvement l'exaspère; la nuit, cette douleur n'est pas plus forte; elle va en s'éteignant dans la jambe et produit dans le mollet une sensation de froid; insomnie, inappétence, constipation.

18 mars. *Rhus*, 3^e, 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Le 19. L'amélioration commence à se produire. — Même traitement.

Le 20. Le mieux continue. — Même traitement.

Le 21. Le malade se plaint d'une grande constipation; lavement. — Même traitement.

Le 22. Garde-robe abondante; le malade a pu dormir. — Même traitement.

Le 23. Le mieux est très sensible.

Le 24. Le malade peut se coucher un peu sur le côté malade. — Même traitement.

Le 25. L'amélioration continue. *Rhus*, 3^e dil., 20 gouttes.

Le 27. Le malade se lève et marche facilement. Les nuits sont très-bonnes.

Le 30. A la suite d'une légère imprudence, le malade est repris de douleurs. *Sulfur.*, 30^e, 4 globules, 125 grammes d'eau, trois cuillerées par jour.

3 avril. Les douleurs n'ont pas diminué. *Rhus*, 3^e.

Le 5. Le point fessier seul est douloureux. *Rhus*, 1^{re}.
On lui continue ce médicament jusqu'au 15. A cette

époque le malade ne souffre presque plus et peut marcher.

Aujourd'hui la douleur a quitté son siège primitif qui était la fesse et la cuisse, et elle est descendue à la partie inférieure de la jambe où il existe en même temps une sensation de froid. Depuis son entrée, du reste, l'amélioration a été constante et ne s'est pas démentie un instant.

Les médicaments habituellement employés contre la sciatique sont le *rhhus*, la *bryone*, la *chamomille*, la *bella-done*, la *colocynthe*, le *soufre*, le *plomb*, le *veratrum*, la *noix vomique*. La *bryone* et le *rhhus* ont plusieurs indications communes, mais la première convient surtout quand la douleur est augmentée par le mouvement, et améliorée lorsque le malade se couche sur la partie douloureuse; tandis que le second sera, au contraire, indiqué dans le cas où la douleur augmentera par le repos, et par le coucher sur le point douloureux; il sera aussi utile lorsqu'il y aura une sensation de fourmillement ou de froid dans la partie malade. Chez notre malade, on a prescrit le *rhhus*, et cette prescription était justifiée par la sensation d'engourdissement et de froid, ainsi que par la douleur qu'il éprouvait lorsqu'il voulait se coucher sur la partie malade.

Messieurs, j'ai guéri avec *Bryone* (2^e tritur.) une sciatique datant de dix-huit mois, avec atrophie du membre. L'amélioration était fort sensible après huit jours, et la guérison eut lieu en quelques semaines. J'ai aussi guéri en six semaines avec le *plumbum*, une sciatique chronique datant d'un an, chez un homme que sa position avait mis en état de consulter bien des médecins

allopathes, qui tous avaient échoué, c'est le dessinateur d'anatomie Beau, auteur avec MM. Bonamy et Broca d'un atlas devenu classique.

Les symptômes qui correspondent le mieux à l'*arsenic* sont une grande douleur s'exaspérant la nuit et une sensation de brûlure. La *colocynthe* serait indiquée surtout quand la douleur a le caractère constrictif, sensation d'un cercle de fer autour de la hanche, mais pour moi c'est un médicament infidèle.

S'il y a douleur très-vive avec agitation et plaintes continuelles, vous vous trouverez bien de l'emploi alterné de la *chomomille* et de la *belladone*. Le caractère distinctif pour cette dernière est une douleur vive au plus léger contact. Enfin *sulfur* réussira dans les sciatiques chroniques, surtout chez les hémorrhoïdaires. Un des symptômes de ce médicament, c'est la douleur augmentant la nuit à la chaleur du lit. *Nuxvomica* est aussi très-indiqué chez les hémorrhoïdaires.

Mon ami le Dr Cretin emploie souvent le *veratrum*, il le donne en teinture, et en a retiré de très-bons résultats. Les symptômes qui, d'après la matière médicale, indiquent le *veratrum* sont une douleur extrêmement violente, avec agacement nerveux, douleur comme des étincelles électriques, douleur avec fourmillement, douleur survenant surtout la nuit, vers trois ou quatre heures du matin.

En finissant, je vous dirai un mot à propos de ce malheureux phthisique qui se trouve au n° 2 de la salle des hommes. Il présente le symptôme si fréquent chez les tuberculeux d'un chatouillement de la gorge provoquant le vomissement. Ce symptôme je l'ai arrêté 97 fois sur 100 cas (les observations en ont été publiées

dans le compte rendu du Congrès homœopathique de Paris) avec la *drosera*. Chez notre malade je la prescrivis à la troisième, puis à la douzième dil., sans rien obtenir contre la toux quinteuse, je la donnai à la teinture mère, et, au bout de vingt-quatre heures, il n'y avait plus de vomissement. Cet infortuné, fatalement voué au trépas, est intéressant parce qu'on peut étudier chez lui l'action réelle des médicaments homœopathiques. Il a, comme la plupart des phthisiques, des points de côté fréquents, que nous coupons chaque fois avec quelques doses de bryone. Malheureusement dans des cas pareils, si l'on peut obvier aux symptômes, il n'est pas possible d'attaquer le mal dans ses racines, mais si l'on ne peut guérir, au moins peut-on soulager, c'est ce que nous nous efforçons de faire.

A propos de l'administration de la *drosera* chez ce malade, je ne puis laisser échapper l'occasion de vous répéter un précepte thérapeutique généralement admis, il est vrai, mais bien souvent négligé dans la pratique : c'est que lorsqu'un médicament est bien choisi, il ne faut pas se hâter de le changer ; mais rechercher sans esprit de système, la dose qui convient au cas particulier. Ainsi dans le cas présent, *drosera* était indiquée par la matière médicale expérimentale, et par l'expérience clinique, nous avions donc là une certitude thérapeutique. Aussi sans hésiter, j'ai persévéré dans l'emploi de *drosera* ; la 3^e dilution que je prescrivis habituellement ne m'ayant pas réussi, j'ai d'abord monté l'échelle des doses et prescrit la 12^e ; nouvel insuccès. Alors changeant de direction, je me suis adressé à la teinture mère qui n'a pas trompé mon attente.

Je donnerai en entier l'observation du malade afin de ne plus y revenir.

OBSERVATION XXVII. — *Phthisie forme commune.*

M. Leblanc, 37 ans, entré le 7 mars, est couché au n° 2.

L'influence funeste des logements sombres et non aérés est très-manifeste sur ce malade. Celui-ci d'une bonne santé antérieure, né de parents également bien portants, a habité, depuis quatre ans, une chambre située au fond d'une cour où l'air ne se renouvelle presque pas.

Au mois de juillet 1873, il eut une toux sèche, fréquente, provoquant des vomissements.

Hémoptysie vers le mois de décembre.

Le malade a beaucoup maigri et perdu de ses forces.

A l'examen de la poitrine, on entend de gros râles humides dans le sommet droit. Dans le reste de la poitrine, on entend les râles de la bronchite. Le malade a une douleur de côté. *Bryon.*, 3^e, 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Régime maigre.

10 mars. Toux moins fréquente ; peu d'expectoration. La douleur de côté a disparu. Légers vomissements à la suite de la toux. *Drosera*, 3^e.

11. La douleur de côté est revenue ; sueurs nocturnes ; le malade tousse moins. *Bryone*, 3^e.

12. La douleur de côté persiste. Même état. *Bryone*, 6^e.

13. La douleur de côté a disparu. Même traitement.

16. La toux est moindre, mais détermine des vomissements. *Drosera*, 3^e.

18. Les vomissements persistent. *Drosera*, 12^e.

19. Même état. *Drosera*, T. M., 3 gouttes.

20. Plus de vomissements, nuit très-bonne ; peu de toux. Même traitement.

26. État stationnaire; plus de vomissements. *Métall.*, 3^e trit.

28. Même état. *Kermès* 1^{re} trit.

6 avril. L'état du malade est très-satisfaisant. Il demande à nous quitter. *Phosphor.*, 12^e.

10. La douleur de côté a reparu. *Bryone*, 3^e

La douleur de côté a disparu, et on continue ce médicament jusqu'au 15 avril.

L'action de la *bryone* sur le point de côté et celle de *drosera* sur la toux quinteuse, avec vomissement alimentaire, ont été incontestables.

ONZIÈME LEÇON. — 2 avril 1874.

SOMMAIRE. — Fièvre typhoïde? Indications d'arsenic. — Phthisie et chlorose; indications de *bryone* et de *sepia*. — Du fer dans la phthisie. — Bains de mer dans la phthisie. — *Aortite chronique*; forme commune et forme douloureuse ou *angine de poitrine*; description de l'aortite chronique; observations. — Angine de poitrine; observations.

Messieurs,

Au n° 4 de la salle 11 est entrée une femme dont le diagnostic offre une certaine difficulté. Voici les symptômes qu'elle présente : un mouvement fébrile continu depuis douze jours, avec rémissions matutinales et exacerbations le soir (actuellement la température du matin est 38°,8 et celle du soir 40°); un affaiblissement considérable; de la bronchite; un certain degré de stupeur, tout cela forme un ensemble de symptômes qu'il serait difficile de ne pas attribuer à la fièvre typhoïde. Il est toutefois un état morbide dont la ressemblance avec cette dernière est tellement frappante que les plus habiles ont pu quelquefois hésiter. Je veux parler de la phthisie aiguë ou galopante de Trousseau, qui peut présenter deux formes : une forme dyspnéique, qui ressemble beaucoup à la bronchite capillaire, et une forme typhoïde, dans laquelle l'erreur peut se produire et s'est effectivement produite bien des fois. Chez notre malade, l'hésitation est d'autant plus permise que les symptômes abdominaux font complètement défaut.

Dans tous les cas le pronostic est fort grave, vu l'état adynamique profond et la violence ainsi que la durée du mouvement fébrile.

J'ai prescrit, comme traitement, l'*arsenic* à basse trituration. Il me semblait indiqué par la pâleur de la face, l'adynamie, l'insomnie avec agitation, la soif intense, tous symptômes pathogénétiques d'*arsenicum album*. Quant à l'alimentation, je cherche à rester dans un juste milieu, car s'il est utile, étant données la faiblesse de notre malade et la durée de sa maladie, de chercher à la soutenir; d'autre part, un apport trop substantiel peut redoubler le mouvement fébrile. Je reviendrai sur ce cas dans notre prochaine réunion.

Au n° 1 de la même salle des femmes était, si vous vous en souvenez, une malade qui présentait les signes de deux maladies assez fréquemment observables, quoiqu'on en ait dit, chez le même individu, je veux dire la phthisie et la chlorose. Cette femme qui tousse depuis longtemps présentait, en effet, dans les fosses sus et sous-épineuses du côté droit, une matité assez marquée, et à l'auscultation on trouvait une expiration rude et prolongée ainsi que de la bronchophonie; en même temps elle avait des douleurs névralgiques, des espaces intercostaux supérieurs. De la leucorrhée; de l'essoufflement et un souffle carotidien, dénotaient chez elle un état chlorotique bien manifeste et indépendant, je le crois, de sa phthisie.

Comme médicament, j'ai commencé par la *bryone*, qu'indiquait la douleur intercostale des premiers espaces intercostaux, mais je n'ai pas cru devoir, dans l'espèce,

soumettre ma malade au *régime maigre*, ainsi que j'ai coutume de le faire pour mes phthisiques. La chlorose était pour moi une contre-indication bien claire et bien nette, aussi je lui ai prescrit une alimentation réparatrice sans exagération. L'amélioration des voies respiratoires s'est produite assez rapidement, et j'ai cessé l'emploi de la *bryone*, devenue inutile, pour commencer la *sepia*, qu'une leucorrhée abondante réclamait impérieusement.

Devrons-nous, Messieurs, en pareil cas, faire usage des préparations martiales ? Certes, je ne veux pas nier que le *fer* soit le médicament principal de la chlorose ; mais je le considère comme très-dangereux quand la phthisie, au début, se présente avec les apparences insidieuses de la chlorose. En cela, je suis heureux de m'appuyer sur l'autorité d'un de nos maîtres les plus illustres, de Trousseau, qui se reprochait, pendant les dernières années de son enseignement, la profusion avec laquelle il avait administré le fer durant la première période de sa pratique médicale ; et il avouait, avec la sincérité d'un homme fort de sa grande autorité médicale, et que des échecs partiels ne sauraient amoindrir, se reprocher la mort d'un certain nombre de femmes chez lesquelles la phthisie avait été la conséquence d'un traitement ferrugineux dirigé contre une chlorose vraie ou fausse. Du reste, indépendamment de l'expérience clinique, l'action physiologique du fer suffirait pour nous mettre en défiance. Ne savez-vous pas, en effet, que ce médicament congestionne le poumon. détermine une toux sèche et fréquente, quelquefois de

l'hémoptysie. Aussi ne le donnez jamais à dose non homœopathique à vos malades lorsque vous soupçonneriez chez eux l'existence de tubercules.

Chez notre malade, je compte administrer l'*acétate de fer* à la 1^{re} trituration; pour deux raisons : la première, c'est qu'elle n'a pas toussé depuis plus de quinze jours, et qu'une auscultation attentive ne m'a pas permis de reconnaître de progrès dans la lésion pulmonaire depuis six semaines. La deuxième raison, c'est que sa condition sociale ne lui permet pas ce que je préférerais de beaucoup au médicament, c'est-à-dire l'aération, l'exercice et les bains de mer. Aussi je me propose de la surveiller attentivement pendant qu'elle prendra son fer, prêt à en suspendre l'emploi à la moindre aggravation.

Vous êtes peut-être surpris de m'entendre parler de *bains de mer* à propos du traitement de la phthisie. Notre grand Laennec avait toute confiance dans l'atmosphère marine pour la cure de la phthisie; il envoyait les phthisiques aux bords de la mer, et il faisait apporter du goémon et des algues dans ses salles de phthisiques. Mais, dans ces derniers temps, une réaction s'est faite contre cet ordre d'idées : on a pu montrer un certain nombre de cas dans lesquels l'air de la mer avait été défavorable; et le médecin, qui est bien le *paysan ivre à cheval* dont parle Luther, et qui tombe à droite quand on le relève à gauche, s'est mis à proscrire les bains et l'air de la mer dans le traitement de la phthisie avec le même ensemble et le même enthousiasme qu'il les avait conseillés autrefois.

Cependant, tout cela devrait être affaire, non de mode et de caprice, mais d'*indications*. Les phthisiques atteints

d'hémoptysie ou de fièvre doivent fuir les bords de la mer; les autres s'en trouvent bien à la condition d'aller dans des stations situées sur la côte sud de la Bretagne et dans tout le golfe de Gascogne. Non-seulement l'air de la mer, mais les bains un peu courts, cinq à dix minutes au plus, pris avec mesure et précaution, sont très-favorables si on suit les indications que nous venons de poser.

Une vieille femme goutteuse et hémorrhédaire, qui occupe le lit n° 1, salle II, me fournit l'occasion de vous parler de *l'aortite chronique*.

Vous m'avez entendu plusieurs fois, tant dans les salles qu'à la consultation, porter le diagnostic *aortite chronique*. Je ne me dissimule pas que cette expression a dû vous paraître étrange, et qu'il est nécessaire de vous donner sur cette affection des renseignements que vous ne trouverez que fort incomplets, et erronés pour la plupart, dans la littérature médicale contemporaine.

L'historique des inflammations de l'aorte est très-court. Jusqu'à Bizot, il n'a existé que des *théories* sur l'inflammation de la membrane interne de l'aorte et des artères. Pinel, dont on a voulu faire un grand homme et qui n'était que la caricature d'un philosophe, avait basé la *fièvre angéioténique* sur l'existence de l'inflammation aiguë des artères, or, cette inflammation était et est demeurée une hypothèse, nous n'avons donc pas à nous en occuper.

Bizot, le premier, publia trois observations qu'il intitula *Aortite aiguë*. Dans ces cas, la maladie fut caractérisée par un mouvement fébrile intense et continu, une dyspnée croissante et de l'œdème. À l'autopsie, on put

constater la rougeur inflammatoire et des dépôts pseudo-membraneux à la surface de l'endartère. On constata aussi, au moins chez l'un des malades, une atrophie des reins qui jette un doute sur la signification des observations de Bizot. En effet, à cette époque (1833), la maladie de Bright était peu connue en France; les reins des malades atteints d'aortite furent très-superficiellement examinés, et il est difficile de séparer, dans les observations de Bizot, ce qui appartient à l'aortite et ce qui appartient à une néphrite parenchymateuse ou interstitielle possible.

En 1859, dans l'*Art médical*, J.-P. Tessier traça magistralement les grands linéaments de l'*aortite chronique*. Cette description, basée sur les observations, avec autopsie, de deux hommes illustres chacun à leur manière, Dupuytren et Saint-Arnaud, est restée sans écho, grâce au silence qui enveloppe et essaie d'étouffer tout travail dû à la plume d'un disciple de Hahnemann. J'ai dit sans écho, mais non sans influence. Car il est impossible de méconnaître, en bien des points, l'influence de J.-P. Tessier dans les travaux de Peters (1) sur la forme douloureuse de l'aortite chronique, l'*angine de poitrine*. Singulière destinée que celle de cet homme qu'on voudrait faire oublier, parce qu'il a mis la vérité thérapeutique au-dessus des préjugés de ses contemporains, de ses intérêts propres et même de sa considération personnelle; et dont on retrouve l'influence à propos de chacun des progrès de la médecine contemporaine!

L'aortite chronique se présente à l'observateur sous deux formes : l'une, extrêmement douloureuse, connue depuis longtemps, quant à ses symptômes et à sa mar-

(1) Voir l'*Art médical*, janvier et mars 1874, article *Angine de poitrine*.

che, sous le nom d'*angine de poitrine*; l'autre, presque sans douleurs, à peine connue malgré sa fréquence, et à laquelle je conserve le nom d'*aortite chronique de forme commune*. Entre ces deux formes existent des cas intermédiaires, dans lesquels on observe comme des rudiments et des échos de l'angine de poitrine: ces cas se retrouvent fréquemment dans la pratique, vous avez pu en voir plusieurs exemples dans cet hôpital, et nous en rapporterons les observations.

L'aortite chronique survient le plus souvent entre 40 et 50 ans. Tous les malades que j'ai eu occasion d'observer avaient eu des symptômes incontestables de goutte et surtout d'hémorroïdes. L'abus du café, du tabac et surtout des alcools, a été signalé par tous les auteurs comme *causes occasionnelles* fréquentes de l'angine de poitrine et des ossifications de l'aorte, c'est dire que vous retrouverez ces circonstances étiologiques dans presque tous les cas d'aortite chronique. On le voit, ce sont les mêmes causes et les mêmes dispositions morbides qui président aux affections organiques du cœur, aussi est-il fréquent de voir chez le même individu la coïncidence d'une inflammation chronique de l'aorte et d'une inflammation chronique de l'endocarde; la *cardo-aortite* est une affection fréquente; le plus souvent il est difficile de dire laquelle de ces lésions a précédé l'autre, et d'ailleurs elles peuvent être simultanées. J'ai observé, chez M. le comte de B..., un cas fort curieux dans lequel l'aortite a existé seule pendant plus d'une année; le cœur, examiné chaque jour par moi et par les médecins consultants, ne présentait absolument aucuns bruits anormaux, quand, vers la fin de la maladie, trois mois environ avant la mort, nous pûmes

constater l'existence d'une insuffisance mitrale des mieux caractérisées.

L'inflammation de l'endocarde peut donc venir compliquer l'aortite chronique comme l'inflammation de l'aorte vient si souvent compliquer l'endocardite, et la cardo-aortite est une affection fréquente. Le sujet de l'observation III, atteint d'une endo-péricardite rhumatismale a présenté, pendant un certain temps, les signes d'une aortite intercurrente, comme le témoigne le tracé sphygmographique dans lequel on retrouve le plateau caractéristique de l'aortite.

Je n'insisterai point ici sur l'anatomie pathologique de l'*aortite chronique*, n'ayant point de pièces à vous montrer. Cette partie, du reste, est bien mieux connue que l'histoire des symptômes. Broussais avait démontré que les plaques cartilagineuses et osseuses, ainsi que les athéromes de l'aorte étaient le produit d'une phlegmasie chronique; et Virchow a confirmé par l'examen histologique, l'opinion de Broussais.

L'autopsie de Dupuytren peut servir de type à la description des lésions de l'aortite chronique. « Le cœur était hypertrophié, sa membrane interne était saine. Les valvules droites et gauches sont flexibles, mobiles, bien conformées; les orifices auxquels elles sont adaptées sont parfaitement libres..... La surface interne de l'aorte et des grosses artères qui en naissent est un peu rugueuse, inégale et parsemée de points ou de plaques jaunâtres, fibreuses ou fibro-cartilagineuses, mais non encore osseuse ou calcaire. Les parois des artères sont épaissies, comme hypertrophiées, ainsi que le cœur. » (*Art médical* t. X, p. 419,).

Ainsi l'autopsie a démontré que le cœur de Dupuytren,

était parfaitement sain ; et néanmoins il est mort avec la dyspnée, et l'œdème de la cachexie cardiaque. Retenez bien ceci, messieurs, et quand vous rencontrerez un malade ayant tous les signes rationnels d'une affection du cœur et que cependant une auscultation attentive vous démontrera l'intégrité des orifices cardiaques, pensez immédiatement à l'aortite chronique et une recherche minutieuse vous permettra bientôt d'arriver à un diagnostic certain.

Et quoi d'étonnant dans cette ressemblance, quand à l'expression symptomatique, entre l'aortite et la cardite chronique ? L'inflammation chronique de l'endartère n'a-t-elle pas pour effet immédiat la perte d'élasticité des tuniques artérielles, et par conséquent un rétrécissement par défaut de dilatation. Rappelez-vous votre physiologie, messieurs, tous les canaux du corps humain, qu'ils conduisent de l'air comme la trachée, des liquides excrémentitiels comme l'urèthre ou les canaux biliaires, du sang, comme l'aorte, tous ces canaux sont essentiellement dilatables, et ils se dilatent toutes les fois qu'ils fonctionnent. Mais qu'une inflammation aiguë ou chronique surgisse, les canaux deviennent, dans les points malades, des tubes inextensibles. De là, rétrécissement par défaut de dilatation ; de là, dyspnée dans la trachéite, rétention plus ou moins complète de la bile dans l'angéiocholite, de l'urine dans l'urétrite ; de là, symptômes du rétrécissement de l'aorte dans l'aortite.

Mais quand la maladie est plus avancée, la lésion devient plus complexe, la paroi de l'artère est atteinte dans toute son épaisseur, et elle perd ses propriétés physiologiques. Tout à l'heure c'était sa dilatabilité seule qui

était atteinte; maintenant son élasticité est plus ou moins perdue, et les parois cèdent dans une certaine étendue à la pression sanguine. D'où la dilatation consécutive de l'aorte et tous ses inconvénients.

A l'état normal, l'aorte, expansible et élastique, cède au flot sanguin et revient sur lui, condition éminemment favorable à la circulation; mais quand la paroi artérielle est atteinte dans toutes ses tuniques, elle devient un tube presque inerte, incapable de céder à l'ondée sanguine, incapable aussi de revenir sur la colonne sanguine et d'en favoriser la marche, d'où naissent bientôt des désordres analogues à ceux produits par le rétrécissement et l'insuffisance des valvules aortiques : la diminution de pression artérielle, l'augmentation de la pression veineuse, l'albuminurie, l'œdème, l'hydropisie et tout l'ensemble de la cachexie par déchéance de l'hématose et de la nutrition.

D'où aussi les signes sphymographiques si caractéristiques de l'aortite chronique : le plateau et l'absence de dirotisme dus à la diminution et à la perte de l'action de l'élasticité de l'aorte dans la circulation.

La maladie débute toujours par de la dyspnée. Cette dyspnée encore fort modérée dans l'état de repos, présente déjà des accès qui viennent inquiéter et attrister le malade. Ces accès surviennent à propos du mouvement ou des émotions; ils sont plus fréquents après les repas. Chez une dame, le premier accès apparut en dansant. En général les malades sont mieux quand l'estomac est vide, et presque toujours ils sont plus oppressés après le dîner. Chez M. le comte de B..., dont je vous ai parlé, les accès de dyspnée avaient lieu la nuit, comme dans l'asthme.

A cette dyspnée se joint quelquefois un catarrhe qui n'a pas grande signification ; mais dès le début, les malades accusent une grande diminution des forces, et les nuits sont souvent troublées par des rêves, des cauchemars et de l'agitation.

La maladie marche plus ou moins vite, mais sans arrêt véritable, la dyspnée habituelle devient plus prononcée de jour en jour ; puis apparaissent de grands accès qui font craindre la mort par suffocation ou par syncope. Ces accès ont en effet les caractères de la *dyspnée cardiaque* : le pouls s'accélère, en même temps qu'il devient petit, et finit par disparaître ; la peau est froide, couverte de sueurs froides ; la face est pâle, avec un état lipothymique des plus prononcés. Chez quelques malades il y a perte complète de connaissance dans les grands accès.

Pendant ces accès, l'expiration est habituellement convulsive, comme dans l'asthme. Certains malades exagèrent même cette expiration qui les soulage manifestement ; ils poussent un cri plaintif et prolongé, analogue au *cri du geindre*. Chez M. Beur... et chez M^{me} Broq... dont je vais vous donner l'observation, le diaphragme était pris de convulsions cloniques produisant un battement sous-costal, plus fort, disaient-ils, à gauche qu'à droite. Une forte pression qui empêchait les battements des flancs les soulageait beaucoup.

Quelques malades ont, à certains moments, une dyspnée silencieuse, caractérisée par une inspiration extrêmement lente et prolongée, exécutée la bouche largement ouverte.

La perte des forces et l'anémie font des progrès incessants ; l'appétit se conserve plus ou moins long-

temps; mais beaucoup de malades ne veulent pas manger parce que les repas sont l'occasion d'accès de dyspnée. Le sommeil est de plus en plus troublé et l'albuminurie apparaît très-prompement.

Nous avons vu des malades rester pendant des mois et même des années, sans arriver à la cachexie malgré une albuminurie habituelle et quelques accès fort éloignés de dyspnée cardiaque. Madame la duchesse de... en est un exemple. (Voir l'observation). Mais le plus souvent la présence de l'albumine dans les urines est le début de la *cachexie*.

Cachexie. — L'œdème est habituellement le premier symptôme; il s'accroît plus ou moins vite, plus ou moins lentement; mais il s'accroît; gagne le scrotum, les reins. Il apparaît aussi aux membres supérieurs et à la face; l'appétit diminue et disparaît et si on veut forcer les malades à se nourrir, alors que l'estomac ne peut plus digérer, ils vomissent ou ils ont la diarrhée. L'insomnie devient à ce moment un symptôme cruel, supplice plus terrible que la soif et la faim. «C'est un spectacle lamentable que celui d'un malade en proie à ce symptôme. Non-seulement il ne dort pas, mais il cherche incessamment à dormir, A peine est-il entré au lit, qu'il en sort avec précipitation, courant autour de la chambre comme un aliéné, s'asseyant, se relevant; craignant la chaleur qui augmente sa dyspnée; craignant le froid, contre lequel l'anasarque l'empêche de lutter. Autour du malade qui veille, toute la famille veille; chacun s'ingénie à trouver une position supportable, qui pour les pieds, qui pour la tête, qui pour le dos, qui pour les bras, qui pour les reins et le siège, et

toute la nuit se passe dans ces tentatives inutiles. » J.-P. Tessier. *Art médical*, t. X, p. 413). M. Beaur... a présenté un type de ce genre d'insomnie.

Le délire et la somnolence apparaissent tout à fait dans la dernière période. J'ai observé souvent un délire raisonné et suivi, ayant quelques *apparences* de l'aliénation.

Habituellement les grandes crises de suffocation disparaissent dans les dernières semaines de la maladie; quelquefois même la dyspnée habituelle diminue tellement que les malades et leurs parents se reprennent à espérer.

La mort survient par différents mécanismes, le plus souvent elle se produit par les accidents qu'on observe habituellement à la fin des affections cardiaques. L'anasarque considérable, l'œdème du poumon et du cerveau produisent une asphyxie lente qui tue les malades après une agonie très-pénible pour les assistants, mais probablement à peu près inconsciente pour le malade. Les phénomènes de l'albuminurie et les différentes variétés d'*urémie* qui en sont la suite, viennent souvent modifier la mort par asphyxie; les malades succombent alors dans le coma. Les phénomènes convulsifs doivent être rares, je ne les ai jamais observés. Quelquefois la mort a lieu par syncope comme dans l'angine de poitrine. L'inflammation de l'endartère se propage plus ou moins à la gaine externe de l'aorte, de là quelques-uns des symptômes douloureux de l'angine de poitrine et la mort par syncope quand le plexus cardiaque est compris dans l'atmosphère inflammatoire.

Nous avons passé, pour la commodité de la descrip-

tion, un certain nombre de *symptômes accessoires*, sur lesquels il est bon de revenir, car s'ils ne sont pas bien interprétés ils peuvent égarer le diagnostic.

Certains malades éprouvent une difficulté de déglutition très-notable et qui les tourmente beaucoup (Voir l'observation de Mme la duchesse de P...). Cette gêne de la déglutition est tout à fait comparable, par son caractère et sa pathogénésie, à celle qui accompagne l'anévrysme de la crosse de l'aorte. Dans les deux cas cette dysphagie est de forme paralytique et elle tient soit à la compression du pneumo-gastrique, soit à la propagation de l'inflammation à ce nerf. On sait, en effet, que les muscles de l'œsophage sont animés par des nerfs qui viennent du pneumo-gastrique.

J'ai observé quelquefois une *douleur de gorge* avec constriction; cette douleur de gorge extrêmement persistante, inquiète les malades qui tourmentent leur médecin pour être guéris d'une *angine* absolument absente.

La propagation de l'inflammation de l'endartère à la tunique externe de l'aorte produit, lorsqu'elle atteint les nerfs qui avoisinent ces vaisseaux, des symptômes spéciaux qui donnent à la maladie une physionomie particulière.

Ce sont d'abord des douleurs qui s'irradient dans divers sens; le long des mâchoires, au cou, à l'épaule, à l'épigastre. Les cas dans lesquels les douleurs sont un peu prononcées forment une véritable transition entre la forme commune de l'aortite chronique et l'angine de poitrine; il est fréquent de constater des points douloureux à la pression sous la première pièce du sternum et dans les espaces intercostaux supérieurs. Les

convulsions du diaphragme, les douleurs le long du scapulaire doivent s'expliquer par l'inflammation des *nerfs phréniques*, comme le caractère particulier de l'expiration observée chez un grand nombre de malades doit se rapporter à l'excitation du *pneumo-gastrique* par propagation inflammatoire.

Revenons maintenant sur les *signes physiques* qui permettent d'arriver au diagnostic précis de l'aortite chronique.

1° Souvent il existe une douleur sous-sternale ; cette douleur augmente par la pression de la première pièce du sternum et des espaces intercostaux voisins.

2° Il existe, mais non constamment, une matité aortique. Cette matité prédomine habituellement à droite du sternum entre le bord droit de cet os et l'articulation sterno-claviculaire.

3° Au début les bruits aortiques nous ont paru plus clairs ; plus tard ils deviennent sourds et quelquefois il existe un véritable bruit de souffle.

4° Le pouls est habituellement petit et faible, et peut être irrégulier, tel était le pouls de Mme Broq... mais il présente constamment à l'examen sphymographique le *plateau* que Marey attribue à l'athérome sénile. Ce signe ne nous a jamais fait défaut. Nous reproduirons plusieurs tracés dans lesquels on le retrouvera.

Enfin les artères superficielles sont souvent ossifiées, et quelques malades présentent le cercle sénile de la cornée.

OBSERVATION XXVIII. — *Aortite chronique.*

M. B..., aujourd'hui âgé de 52 ans, est un homme d'une constitution vigoureuse, né d'une mère gout-

teuse, ayant présenté lui-même des migraines revenant périodiquement chaque mois.

M. B... a fait depuis longtemps des excès de tabac, il use largement du vin, du café et de la bonne chair ; ses occupations sont sédentaires.

Vers l'âge de 40 ans, il éprouva une hémoptysie considérable et pour cet accident il fut envoyé aux eaux des Pyrénées. Quelques années après je voyais le malade pour la première fois, et je ne pouvais constater aucune lésion pulmonaire ou cardiaque se rattachant à cette hémorrhagie.

Depuis longtemps M. B... se plaignait de la gorge, il accusait un sentiment de sécheresse, avec strangulation, douleur en avalant, petite toux de la gorge incessante, nasonnement de la voix. L'examen direct faisait constater de la rougeur générale, un gonflement très-variable des amygdales et des granulations du pharynx. Cependant en 1870 et 1871 la santé générale était encore assez bonne pour que M. B..., malgré son âge avancé (49 ans), s'engageât dans les bataillons de marche de la garde nationale. Dès 1872 la respiration commença à devenir gênée, et M. B... éprouvait une dyspnée qu'il rapportait toujours à son mal de gorge.

Vers le commencement de 1873, tourmenté par cette idée d'une angine chronique, il consulta un spécialiste qui diagnostiqua une *anémie* et conseilla l'hydrothérapie. Sous l'influence de ce traitement survinrent quelques symptômes cérébraux, une congestion de la rétine de l'œil droit avec diminution de la vue, un certain embarras de la parole et une diminution notable des facultés intellectuelles. D'après mon conseil, il

renonça à ce traitement et pris *Belladone* qui lui procura quelques soulagements.

Le 12 mai 1873 M. B... éprouva sa première attaque de suffocation, elle dura une heure et demie et fut très-effrayante.

Un professeur de la faculté fut consulté par le malade à ce moment, il attribua cet accès et la dyspnée habituelle à une *angine de poitrine mal caractérisée* et de nature goutteuse. L'auscultation ne lui fit reconnaître qu'un *plus grand éclat des bruits du cœur surtout à l'orifice*, ce qui le porta à admettre un *état parcheminé de l'endocard et de l'endartère*.

Dès ce moment l'*aortite chronique* fut pour moi hors de doute, la dyspnée habituelle, les accès de suffocation qui se répétèrent fréquemment, l'anémie commençante, l'absence des signes qui caractérisent la lésion d'un orifice du cœur; l'absence des douleurs propres à l'angine de poitrine ne me permettait pas d'hésiter sur un diagnostic que vinrent confirmer bientôt le *caractère* de la dyspnée, l'insomnie agitée, la présence de l'albumine dans les urines, l'œdème, la matité à la région aortique, et la succession de tous les symptômes qui caractérisent la *cachexie cardiaque* avec l'absence complète des signes d'une lésion des orifices.

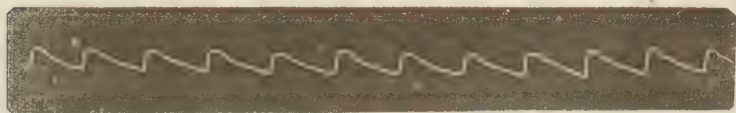
Les *pilules d'arsenic* avaient été prescrites par le professeur de la faculté auquel s'était adressé mon malade; mais les accès de suffocation revinrent fréquemment malgré l'usage de l'arsenic. La *noix vomique* à la 30^e dilution prescrite le 4 juin, suspendit les accès pour quelque temps. Le malade fut à la campagne, passa quelques jours au bord de la mer; alla faire une saison à *Royat*, en revint assez amélioré. Cependant il eut un

violent accès à propos d'une immersion dans les eaux de Royat.

Pendant l'automne le malade fut relativement mieux, mais il avait de la dyspnée habituelle, il était obligé de marcher et surtout de monter les escaliers avec une extrême précaution ; *il se sentait toujours sous l'imminence d'une crise de suffocation.*

Les grandes crises de suffocation revinrent vers le mois de décembre, et je perdis le malade de vue pendant quelques semaines, parce qu'il conserva quelque temps un médecin qu'il avait fait appeler pendant les crises de suffocation.

Vers le mois de février 1874, je fus rappelé, et je constatais l'état suivant : teint jaune cachectique ; bouffissures de la face, œdème des jambes, urines albumineuses, insomnies complètes avec grande agitation qui porte le malade à se lever, à changer de place, à marcher, à parler sans trêve ; dyspnée avec efforts spasmodiques de l'expiration, *cri du geindre*. Cette dyspnée s'exaspère en certains moments et s'accompagne d'un battement de flanc très-appreciable à la vue, et dû à des contractions convulsives du diaphragme ; de temps à autre grandes crises de suffocation avec défaillance et menace de syncope. Le pouls est faible, petit ; il varie de 88 à 112 et donne au sphymographe un tracé caractéristique, une ligne ascensionnelle droite, un plateau très-marqué et une ligne de descente très-oblique, sans dicrotisme.



TRACÉ 7.

Le malade était donc en pleine cachexie.

Cet état s'aggrava progressivement : le malade fut obligé de renoncer à se coucher. L'insomnie et les étouffements le poursuivirent sur son fauteuil; et pendant des semaines, sa femme, son fils, et une religieuse s'épuisèrent en soins impuissants. Le sommeil gagnait le malade; puis à peine endormi il s'éveillait anxieux, suffoqué, en sorte qu'il avait peur du sommeil, qu'il y résistait de toutes ses forces et qu'il commandait qu'on l'empêchât de s'endormir. Il semblait que la respiration ne pouvait plus s'exercer par l'automatisme seul et qu'elle eût besoin des mouvements volontaires pour être complète.

La nuit se passait dans cette lutte continuelle, le malade se levait, changeait de fauteuil, essayait de manger, parlait beaucoup, et au bout de quelques nuits de ce supplice il commença à *diraquer*. La journée était un peu plus tranquille.

L'*aconit* et la *spigélie*, de la teinture mère à la 6^e dilution, firent disparaître les grandes crises de suffocations, mais furent impuissants contre la dyspnée habituelle et la cachexie croissante. Il en fut de même de *cactus grandiflora*, *lachesis*, *digitalis* et *secale cornutum*. L'*arseniate d'antimoine* sous la forme de granules antimonialaux, conseillé par M. le Dr Crétin, procura d'abord des nuits plus calmes et plusieurs heures de sommeil; mais il devint bientôt impuissant, et quand j'y revins, après une suspension de plusieurs jours, ils restèrent sans effet.

A la fin d'avril, les insomnies étaient revenues; le malade n'avait plus de grandes crises de suffocation, mais une dyspnée habituelle devenant par instant extrê-

mement intense. L'œdème avait fait de grands progrès. Le malade avait du délire chaque nuit. La parole était embarrassée et tellement entrecoupée qu'on avait peine à saisir ce qu'il disait, l'appétit perdu; les forces animales tellement réduites que le malade ne pouvait plus faire un pas. A ce moment, je prescrivis *carbo vegetabilis* 12^e, qui rendit un peu plus de calme au malade; mais ce fut surtout *cuprum* 12^e qui produisit chez notre malade une véritable révolution. La dyspnée cessa, l'appétit et le sommeil revinrent; en même temps, le pouls, qui s'était maintenu entre 96 et 120, tomba à 80 et devint en même temps beaucoup moins faible. Au bout de quinze jours, les forces avaient considérablement augmenté; l'agitation et l'anxiété avaient disparu; le malade parlait distinctement, pouvait faire quelques pas et se croyait en convalescence. Mais cette amélioration fut très-passagère: les forces diminuèrent de nouveau; l'œdème augmenta; la somnolence se prononça de plus en plus, et le malade s'éteignit doucement, sans présenter désormais ces crises de dyspnée ou d'agitations, qui marquèrent le début de la cachexie.

OBSERVATION XXIX. — *Aortite chronique.*

Madame B..., âgée de 45 ans, est encore réglée. Cette malade est hémorroïdaire et a éprouvé plusieurs attaques de coliques hépatiques. Il y a plus d'un an (novembre 1872), elle fut prise tout d'un coup d'un accès de dyspnée en dansant après le dîner. Cet accès, de courte durée, laissa la malade dans un état de santé apparente; mais il revint à plusieurs reprises et à des

époques rapprochées, tantôt en marchant vite, tantôt en montant l'escalier. Enfin les accès devinrent très-fréquents et s'accompagnèrent d'une dyspnée habituelle. Les repas exerçaient une influence de plus en plus considérable sur le retour des accès de dyspnée, et, quand nous vîmes la malade à la fin de février 1874, elle n'osait plus manger depuis un mois, parce que chaque repas solide provoquait un accès.

En même temps que la dyspnée devenait habituelle, les forces diminuaient; l'anémie se prononçait de plus en plus, et l'appétit se perdait complètement.

Les médecins qui furent consultés avant notre intervention opinèrent, les uns, pour une maladie du cœur, quoiqu'on n'ait jamais pu constater des bruits anormaux; les autres, pour une affection nerveuse.

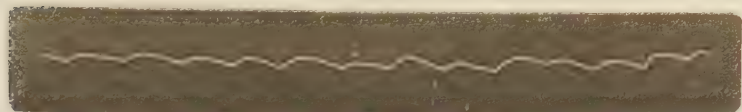
Etat actuel (16 février 1874). — La malade est couchée ou plutôt assise dans son lit, et soutenue par une pile d'oreillers; elle est extrêmement pâle, avec la teinte jaunâtre propre aux affections cardiaques; les paupières sont oedématisées; la respiration, manifestement accélérée au repos, devient un véritable essoufflement quand elle veut parler; les membres inférieurs sont oedématisés; les urines contiennent de l'albumine. La malade éprouve un sentiment de constriction, de barre épigastrique sans douleurs véritables; elle ne prend par jour qu'une tasse de café au lait et une soupe à la viande, parce qu'un repas solide déterminerait un accès. Ces accès sont caractérisés par une dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée, avec battements épigastriques qui soulèvent violemment l'abdomen et semblent dus à des convulsions du diaphragme. Le pouls devient petit, obscur et disparaît. Il y a des lipothymies prolongées, avec

sueurs froides, Ces accès si terribles pour la malade, si effrayants pour les assistants, reviennent irrégulièrement à quelques jours de distance, mais sont fatalement provoqués par un repas solide, par des mouvements inaccoutumés, ou par une émotion. Le sommeil est agité, souvent il fait défaut la nuit ; le jour, il y a de la somnolence.

Le cœur est volumineux ; mais l'auscultation ne permet de constater aucuns bruits anormaux, ni à la pointe, ni à la base.

La matité aortique est de 6 centimètres ; les bruits aortiques sont intenses, et le tracé sphygmographique présente une ligne ascensionnelle très-courte et oblique ; un plateau, suivi presque sans transition d'une ligne descendante, oblique, presque droite, sans diastolisme.

Les pulsations sont très-irrégulières.



TRACÉ 8.

Le pouls habituellement faible, irrégulier, variait de 90 à 110 pulsations.

L'*aconit* et l'*arsenic*, administrés successivement et à des doses variées (teinture d'*aconit*, triturations d'*arsenic* ; dilutions de la 6^e à la 30^e), furent également impuissants à modifier cet état.

Cependant l'œdème et la faiblesse s'accroissaient chaque jour ; la malade avait des alternatives d'excitation et de somnolence. Mais depuis l'administration un peu continue de *carbo vegetabilis* de la 6^e à la 30^e dilution,

les accès de suffocation disparurent pour ne plus se montrer.

Vers la moitié du mois de mars apparurent brusquement des phénomènes d'*urémie* : diminution considérable de la vision, surtout de l'œil gauche ; aphasie caractérisée par l'impossibilité de trouver le mot propre et l'emploi de mots n'appartenant à aucune langue ; divagation et irritabilité. Ces symptômes diminuèrent beaucoup sous l'influence de la *belladone*.

Le tracé pris à cette époque présentait les signes de l'asystolie. Les urines étaient toujours albumineuses ; l'œdème des membres supérieurs devint monstrueux ; l'appétit disparut complètement. La malade fut prise, à plusieurs reprises, de nausées, de vomissements de glaires et de diarrhée. L'*ipéca* fit disparaître ces symptômes ; mais la faiblesse et l'œdème s'aggravèrent de jour en jour : il y avait des alternatives, de divagations d'état lucide et de somnolence. Enfin la malade s'éteignit dans le courant du mois d'avril présentant, depuis plusieurs jours une grande lucidité d'esprit. Il est à remarquer que depuis plusieurs semaines la malade n'avait plus eu de grands accès de suffocation, et que la dyspnée habituelle avait beaucoup diminué.

OBSERVATION XXXI. — *Aortite chronique.*

Madame de R..., âgée de 36 ans, née de parents gouteux, a présenté elle-même des douleurs arthritiques et des tumeurs hémorroïdales. Il y a quelques années, elle a fait un grand abus du thé pour arrêter un embonpoint qu'elle redoutait beaucoup. Cette dame a eu plusieurs grossesses, et à la suite de la première une

phlegmasia alba dolens qui a laissé un œdème incurable du membre inférieur gauche.

Depuis dix-huit mois, cette dame est sujette à un peu d'essoufflement, et, dans le courant de l'été 1873, son médecin, frappé de sa pâleur et de sa bouffissure, examina ses urines et constata qu'elles contenaient une quantité considérable d'albumine (8 p. 100).

Elle éprouva un premier accès de suffocation en juillet 1873, étant au bord de la mer, au Pouliguen. Cette accès éclata pendant la nuit et à l'occasion d'une veilleuse éteinte. La malade attribue cet accès plutôt à l'*obscurité* qu'à l'odeur de l'huile brûlée. Un autre accès eut lieu quelques semaines après. Ces deux accès furent peu violents et de très-courte durée. Il n'en fut pas de même de l'accès du 22 novembre : celui-là survint vers dix ou onze heures, la malade étant au lit, et après une journée pendant laquelle l'essoufflement avait été remarquable. Cet accès fut si violent que la malade perdit connaissance. Elle n'eut que le temps d'appeler au secours et de se précipiter vers la fenêtre qu'elle ouvrit, puis elle tomba sans connaissance dans les bras de son mari. La respiration paraissait suspendue; la bouche était largement ouverte, les lèvres violacées; la face pâle et cyanosée; les yeux fixes; le pouls régulier, faible, serré. Sous l'influence d'une saignée, la respiration se ralentit, la connaissance revint. La malade expectora une mousse sanguinolente, et l'auscultation permit de constater des râles sous-crépitants extrêmement fins. La nuit fut assez calme, et la malade se remit rapidement. Il y eut donc là un accès de congestion pulmonaire des mieux caractérisés.

En février 1874, à la suite d'une impression morale, la malade eut une crise semblable, et les médecins qui la soignaient, ne trouvant aucun signe d'une affection du cœur, diagnostiquèrent une aortite avec extension de l'inflammation au pneumo-gastrique, d'où névrose de ce nerf.

Etat actuel. — La malade souffre d'une dyspnée habituelle; caractérisée, pour peu que ce symptôme augmente, par une expiration spasmodique; elle est pâle, anémique; les muqueuses sont décolorées; il y a des bruits de souffle vasculaires et un œdème commençant aux jambes et aux mains; soif; urines tantôt très-abondantes et pâles, tantôt plus foncées et moins abondantes, contenant habituellement, mais non toujours, de l'albumine très-variable en quantité. Les urines prennent néanmoins l'odeur caractéristique par l'usage des asperges; peu d'appétit; grande faiblesse. Les menstrues viennent encore régulièrement. La malade est sujette à de *grands accès de suffocation* qui reviennent maintenant irrégulièrement, à plusieurs jours de distance, et à toutes les heures de la journée.

Le sommeil est très-mauvais; la malade passe souvent la nuit dans son fauteuil, parce qu'elle y respire moins mal, et qu'elle redoute les grands accès de suffocation. Quand la malade s'endort pendant peu de temps, un quart d'heure, une demi-heure, elle s'éveille dans des angoisses si considérables qu'elle craint de se rendormir, et lutte contre le sommeil. Si elle ne dort pas, ce qui arrive le plus souvent, elle est extrêmement agitée, ne pouvant trouver aucune position.

Il y a quinze jours, étant sortie en voiture découverte, elle eut froid et prit une pleurésie limitée au tiers infé-

rieur de la plèvre gauche. Cette pleurésie est aujourd'hui très-incomplètement guérie.

L'auscultation et la percussion du poumon ne révèlent aucune lésion ; il n'y a pas d'emphysème pulmonaire, ce qui doit faire éloigner l'idée d'asthme, quoique, comme nous l'avons dit, l'expiration soit spasmodique et particulièrement difficile.

Le cœur ne présente aucun bruit de souffle, les temps sont bien frappés et un peu durs dans leur timbre. La pointe du cœur bat dans la ligne du mamelon, l'aorte présente une matité transversale de 4 centimètres $1/2$. Les bruits aortiques sont sourds. Le pouls est fréquent, mais si petit et si faible qu'il est impossible de prendre le tracé.

Sous l'influence du *carbo vegetabilis*, 30°, puis d'*arsenic*, 12°, la dyspnée se modère beaucoup, les nuits deviennent plus calmes, l'épanchement se résorbe l'appétit revient, mais l'œdème et l'albumine augmentent progressivement.

Après un nouveau refroidissement dû à la température très-abaissee en ce moment (15 mai 1874), la pleurésie s'aggrave, la matité remonte de trois travers de doigt, et l'absence du bruit respiratoire est remplacé par du souffle. *Cantharis*, 3°, et *bryone*, 3°, produisent peu d'effets, et au bout de trente-six heures je suis, à cause de la dyspnée, obligé de revenir à *carbo vegetabilis*, 12°, qui amène très-rapidement un soulagement de ce symptôme. Pendant le jour, je donne quelques cuillerées de cantharis, 3°. Sous l'influence de ce traitement, l'épanchement prend de nouveau une marche rétrograde.

Pendant cette recrudescence de pleurésie, le pouls

s'est élevé et a varié de 104 à 116, en même temps qu'il devenait plus fort.

Une complication d'angine pultacée s'est produite pendant la recrudescence fébrile. Je la traite localement par un badigeonnage avec de la glycérine et du *corrosivus* (glycérine, 20 grammes, corrosivus 1^{re}, 20 gouttes).

Nous profitons de la très-légère amélioration produite par ce traitement pour renvoyer la malade dans sa famille, où elle meurt un mois après avec un anasarque considérable.

L'apparition, très-prématurée, de l'albumine, ses proportions et même son existence, très-variables, la soif, la quantité souvent considérable des urines rapproche ce cas des *néphrites interstitielles*.

La néphrite interstitielle n'est-elle pas elle-même constamment liée à une affection artérielle, l'ossification des artères, et n'est-elle pas souvent, comme l'aortite chronique, une *affection goutteuse*?

OBSERVATION XXXI. — Aortite chronique.

Mme la duchesse de..... est une femme d'une belle constitution et âgée de 48 ans. Les maladies du cœur sont héréditaires dans cette famille, et elle-même présente des symptômes de goutte; ses règles commencent à se déranger; à la suite d'une couche, il y a vingt-deux ans, elle fut atteinte d'une phlébite qui a laissé un œdème des deux jambes.

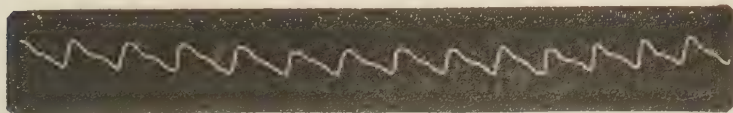
La maladie a débuté il y a trois ans, en 1871, par de l'essoufflement en marchant. Cet essoufflement, dont la malade ne s'apercevait d'abord qu'en montant, a augmenté progressivement. Il fut attribué à de l'anémie. Il

se joignit bientôt à cette souffrance un symptôme caractéristique qui, lui aussi, persiste encore aujourd'hui : c'est une difficulté notable pour la déglutition des solides. De plus, la malade est sujette à des palpitations.

Etat actuel (février 1874). — Essoufflement habituel rendant la marche extrêmement pénible ; palpitations ; petite toux sèche laryngée ; étranglement en mangeant ; pouls régulier, petit, fréquent de 96 à 104 ; albumine en quantité notable dans les urines.

A quelque temps de là, la malade fut prise, en se couchant, d'un violent accès de suffocation qui dura plusieurs heures et qui inquiéta beaucoup la famille. Le lendemain matin je la trouvais beaucoup plus oppressée qu'à l'ordinaire, avec une grande anxiété et un pouls à 120. L'*Aconit* teinture-mère, à forte dose, 20 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures soulagea la malade.

Un examen attentif nous permit de constater l'état suivant : les poumons ne présentent aucune lésion ; les bruits du cœur sont bien frappés et tout à fait normaux ; la matité aortique présente un peu plus de 4 cent. d'étendue ; cette matité est surtout prononcée à gauche du sternum ; pas de bruit de souffle dans les vaisseaux. Le pouls, examiné au sphygmographe, nous donne une ligne ascendante perpendiculaire, un plateau très-marqué ; une ligne descendante très-oblique avec un diastolisme notable.



TRACÉ 9.

Les résultats de cet examen furent confirmés par l'un des praticiens les plus distingués des hôpitaux, et je n'hésitai plus à porter le diagnostic *aortite chronique*.

Mme la duchesse..... eut encore un violent accès de suffocation quinze jours après le premier, mais depuis ce moment, grâce à un repos presque absolu, à l'usage de la *digitale*, du *lachesis* et de l'*aconit*, les accès de suffocation ne sont plus revenus; la toux a disparu; l'essoufflement est moindre; le pouls est tombé à 84; mais la présence de l'albumine et la persistance de la dysphagie montrent bien que la maladie n'est pas guérie.

Je rapporterai encore les observations suivantes pour montrer les analogies et les différences qui existent entre la *forme commune* de l'aortite chronique et la *forme douloureuse* ou *angine de poitrine*.

OBSERVATION XXXII. — *Aortite chronique, forme angine de poitrine.*

M. Étienne, 61 ans, entré le 26 janvier, sorti le 31 janvier (salle des hommes, n° 5).

Cet homme n'a jamais fait de maladie bien grave. A part quelques crampes d'estomac dont il souffrit pendant quinze jours, il y a cinq ans, sa santé a été bonne jusqu'au mois d'octobre 1873.

A partir de cette époque, son appétit commença à diminuer, son sommeil, calme jusqu'alors, était très-souvent interrompu par des douleurs se faisant sentir dans le creux de l'estomac et les membres supérieurs; ces douleurs remontaient du côté de la poitrine et déterminaient des accès violents de dyspnée, le forçant de se lever.

Ces crises étaient très-fréquentes la nuit; le jour il était presque calme.

Examen du malade. Dans les vaisseaux du cou on n'entend aucun bruit morbide.

Au niveau de l'aorte, on perçoit à l'auscultation un bruit rude, et à la percussion une matité beaucoup plus considérable qu'à l'état normal.

Mouvements du cœur irréguliers; point de souffle, ni à la pointe, ni à la base.

Le 26. *Nux vom.*, 12°.

Le 27. On a observé les accès; ils sont très-courts et très-fréquents. — Même traitement.

Le 28. Aucune amélioration. On remarque que les artères du malade sont ossifiées. Les bruits du cœur sont sourds. — Même traitement.

Le 29. Légère amélioration. Le malade a eu moins d'accès; la nuit a été satisfaisante. — *Nux vom.*, 12.

Le 30. Le malade demande à nous quitter. Somme toute, peu d'amélioration.

Il est mort, chez lui, subitement quelques jours après.

OBSERVATION XXXIII. — *Aortite chronique, forme angine de poitrine.*

Madame Duplessis, 49 ans, entrée le 1^{er} avril, sortie le 3 avril (chambre particulière).

Cette malade a été d'une santé générale assez bonne. Réglée à 17 ans, elle a cessé de voir à 42 ans. Elle a des hémorroïdes depuis quinze ans; celles-ci sont quelquefois très-douloureuses.

L'affection pour laquelle elle entre dans nos salles remonte à un an; mais déjà bien longtemps aupara-

vant elle avait senti des fourmillements à la région de l'omoplate gauche.

Au début de la maladie, elle a éprouvé, dans le dos, une douleur fixe, intense, la forçant de s'arrêter quelquefois pendant son travail. Elle nous dit qu'il lui semblait avoir dans le dos des bêtes lui rongé les chairs.

Depuis deux ou trois mois, elle se plaint d'étouffements venant par accès, durant très-peu de temps et ayant lieu surtout pendant la marche.

C'est aussi depuis cette époque qu'elle éprouve des douleurs sous-sternales et qu'elle est sujette à des engourdissements dans le bras gauche se propageant jusque dans les doigts.

Examen de la malade. Absence de matité aortique anormale ; souffle dans les deux carotides ; absence de claquement valvulaire aortique remplacé par des bruits sourds.

Douleur dans le haut du sternum augmentant par la pression et surtout par la marche ; douleur dans le phrénique excitée par la pression au niveau du scalène gauche. Dyspnée habituelle, insomnie. La malade est souvent obligée de s'arrêter en marchant, à cause de la douleur sous-sternale qui se prolonge sous forme d'engourdissement dans le bras gauche. Le sphygmographe donne un pouls assez régulier ; branche ascendante courte et un peu oblique ; plateau très-marqué à certaines pulsations ; ligne descendante longue, oblique, avec une très-faible ondulation.

Cette malade n'était entrée à l'hôpital que pour être examinée ; elle suit régulièrement le dispensaire. La *spigelia*, T. M., a fait disparaître presque entièrement ses douleurs sous-sternales.

Parmi les cas d'aortite chronique que j'ai vus à la consultation et que j'ai reçus dans les salles seulement pour examiner leur pouls, je noterai Madame Cléry, âgée de 65 ans, couchée au n° 3 de la salle II, du 21 au 24 janvier.

Cette femme, hémorroïdaire, portait le cachet d'une vieillesse avancée. La cornée présente le cercle sénile; les artères superficielles sont ossifiées; le tracé sphygmographique présente un plateau type; le cœur était à l'état normal; elle se plaignait surtout de dyspnée et d'insomnie; elle fut traitée par *arsenicum*, 12°, et ne revint pas à la consultation.

M. Cartier, âgée de 65 ans. Dyspnée, douleurs sous-sternales, s'irradiant dans l'épigastre; insomnie; artères superficielles ossifiées; tracé sphygmographique présentant un plateau. *Spigelia*, 3° et 6° dil., a beaucoup amélioré les douleurs et l'oppression.

DOUZIÈME LEÇON. — 9 avril.

SOMMAIRE. — Fièvre typhoïde? observation. — Asthme, observation, indication de Bryone. — Asthme et névralgie trifaciale, observations. — Du choix de la dose en homœopathie.

Messieurs, Il y a huit jours, vous avez pu voir dans nos salles une femme pour laquelle j'émis, avec réserve, le diagnostic de *fièvre typhoïde*. Je vous avais dit que j'avais peu d'espoir de la voir guérir; effectivement, elle a succombé il y a deux jours, après avoir présenté une température toujours croissante, une absence complète de déjections alvines et d'urine, signes pronostiques très-fâcheux. Les médicaments que j'ai employés chez elle ont été l'*arsenic*, le *carbo vegetabilis*; puis, en dernier lieu, le *stramonium*, de la 3^e dilution à la teinture mère. Ces médicaments n'ont modifié en rien la marche de la maladie.

OBSERVATION XXIV. — *Fièvre typhoïde?*

M^{me} Charpentier, 35 ans, entrée le 1^{er} avril, morte le 6 avril (salle II, n^o 4).

Cette femme n'entra dans nos salles que le douzième jour de sa maladie, qui a débuté, d'après les renseignements fournis par les parents de la malade, par de la céphalalgie et des vomissements. Il n'y a pas eu d'épistaxis.

Elle a eu des selles fréquentes, mais provoquées par un purgatif administré les premiers jours; depuis, constipation. Cette malade se trouve dans un état d'affaissement complet.

Elle se plaint de maux de tête et nous dit qu'elle entend moins bien depuis qu'elle est malade.

Le ventre est sensible, surtout dans la fosse iliaque droite; on n'observe pas de taches sur la peau.

Le pouls est fréquent, petit.

La langue est blanchâtre, un peu rouge sur les bords et à la pointe.

L'examen de la poitrine est négatif. On n'entend pas de râles, et cependant il y a de la dyspnée et une toux fréquente.

1^{er} avril. Soir, temp., 40°; pouls, 120.

Le 2. Matin, temp., 38°8; pouls, 120. *Metallum*, 3^e trit. Soir, temp., 40°2; pouls, 120.

Le 3. Matin, temp., 40°; pouls, 120. *Carbo veget.*, 12^e. Soir, temp., 40°4; pouls, 128.

Le 4. Matin, temp., 39°6; pouls, 116, *Stramonium*, 3^e. Soir, temp., 40°2; pouls, 128.

Le 5. Matin, temp., 39°2; pouls, 120. *Stram.*, 3^e, Soir, temp., 40°8; pouls, 136.

Le 6. Matin, temp., 39°; pouls, 128; *Stram. t. m.*, 1 goutte. Soir, temp., 41°6; pouls, 168. Mort.

Du 2 au 6 avril, l'affaissement, l'adynamie, ont été croissants. La malade n'a eu aucune évacuation alvine, et dans les derniers jours aucune évacuation urinaire, non par rétention d'urine, mais par absence de sécrétion; agitation et délire, surtout la nuit; face pâle, amaigrissement considérable.

Au n° 3 est couchée une femme atteinte d'emphysème transitoire et d'asthme. Peu intéressante au point de vue pathologique, elle l'est, au contraire, notablement au point de vue thérapeutique. Vous vous rappe-

lez qu'elle était sortie, il y a quelque temps, de notre hôpital, après avoir pris *arsenic* pendant quelque temps, et qu'elle ne présentait plus aucun signe d'emphysème à l'auscultation. Elle rentra quelques jours après dans nos salles, prise d'une violente attaque, pour laquelle nous prescrivîmes de nouveau *arsenic*. Elle fut améliorée, mais cependant elle accusait toujours une certaine gêne de la respiration. Nous lui donnâmes alors *cuprum*, qui semblait indiqué par un nouvel accès accompagné de vomissements, et nous eûmes un échec complet. Alors, examinant bien les symptômes, je constatai qu'elle se plaignait d'une douleur dans le côté, augmentant par la respiration. Je lui prescrivis *Bryone*, et, depuis ce moment, elle marche rapidement vers la guérison.

Cette indication de *Bryone* dans l'asthme n'est pas essentiellement classique. Hahnemann cite bien l'asthme comme étant dans la sphère de la *bryone*, mais dans l'histoire de ce médicament, il rapporte peu de symptômes homœopathiques à cette affection. Jahr en cite davantage : *respiration difficile, besoin d'inspirer profondément, constriction de la poitrine, respiration anxieuse*. Je trouve la *bryone* très-indiquée dans l'asthme quand ce dernier s'accompagne de vomissements et de points de côté. Du reste bon nombre d'homœopathes ont coutume de s'en servir en pareil cas, et cela avec de réels avantages. Voici l'observation complète de cette femme :

OBSERVATION XXXV. — *Asthme*.

Madame Rouet, 46 ans, entrée pour la première fois le 4 mars, sortie le 19 mars, rentrée le 21 mars (salle I, n° 3).

Cette malade n'a jamais eu ni dartres, ni hémor-

rhôides, ni goutte articulaire; depuis longtemps elle est sujette à des maux d'estomac, avec crampes. Elle a des bronchites assez fréquentes depuis trois ans, mais c'est surtout depuis le mois de janvier qu'elle éprouve des étouffements avec oppression, qui l'obligent de s'arrêter fréquemment; elle ajoute que, depuis lors, elle entend comme un bruit de sifflement dans la poitrine. Mais ce qui l'amène à l'hôpital, ce sont des accès de dyspnée suffocante qui la prennent aussi bien le jour que la nuit, et qui d'ordinaire sont de courte durée.

A son entrée, on examine la poitrine; tout le côté gauche est rempli de râles sibilants; il y a une expiration prolongée très-accentuée qui se fait en deux temps.

Elle est à l'hôpital depuis hier, et, comme nous n'avons encore été témoin d'aucun accès, nous ne prescrivons aucun médicament.

5 mars. Les accès n'ont pas reparu; expectation.

Le 6. Aucun accès; crachats écumeux; expiration très-prolongée et sifflante, plus accentuée qu'hier.—*Arsenicum*, 3^e trit., 20 centigr. dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 7. Amélioration; moins d'étouffement la nuit. — Même traitement.

Le 9. Les râles ont considérablement diminué; l'expiration prolongée ne s'entend plus que dans le sommet gauche. — Même traitement.

Le 11. Les étouffements ont presque disparu. — Même traitement.

Le 12. L'emphysème a disparu.

Le 13. Il y a encore peu d'étouffements. — *Arsenicum*, 2^e trit.

Le 14. Il n'y a plus d'étouffements. — Même traitement.

Le 16. La malade est guérie de son attaque. Elle sort.

Dès le jour de sa sortie, madame Bouet, a été reprise d'étouffements. La nuit du 16 au 17 mars, elle éprouve une forte dyspnée qui l'empêche de dormir; mais elle n'a pas de crise et pas de toux.

La journée du 17 n'est pas mauvaise; la nuit, les étouffements reparaissent plus violents que la nuit précédente.

Le 19. Le mal continue à devenir plus grand.

Elle rentre à l'hôpital le 21 mars.

Le 22. Elle a quatre crises successives dans l'après-midi. Les crises présentaient ce caractère spécial, qu'elles s'accompagnaient de raideur des membres et de perte de connaissance avec cyanose de la face. Chaque fois la crise s'est terminée par des sueurs abondantes.

Examen de la poitrine. — On entend une respiration sifflante, de l'expiration prolongée et des râles humides dans les deux côtés de la poitrine. — *Arsenicum*, 3^e trit.

Le 24. Les râles sibilants diminuent; l'expiration est un peu moins prolongée; moins d'étouffements.

Le 25. Crachats très-abondants; grande amélioration. — *Arsenicum*, 2^e trit.

Le 26. Moins d'expectoration; moins d'étouffements. — *Arsenicum*, 2^e trit.

Le 28. La malade a eu, hier soir, une forte fièvre; on craignait un accès; le pouls était à 120; la température s'élevait à 39°. Ces symptômes se sont rapidement amendés. — Même traitement.

1^{er} avril. Même état (*cuprum*, 6^e); pas de diminution dans la dyspnée.

Le 2. Pas de fièvre le soir ; nuit très-agitée.

Le 3. Dyspnée très-grande, toux fréquente ; les signes de l'emphysème persistent à droite. Hier soir, le pouls était à 120 ; la température à 39°,3. La malade a plusieurs fois vomé la nuit ; douleurs de côté pendant la toux. — *Bryone*, 3°.

Le 4. Pas de fièvre hier soir ; presque pas d'étouffements.

A l'auscultation, on trouve difficilement les traces de l'emphysème ; presque plus d'expiration prolongée.

Elle entre en convalescence, et nous quitte le 9.

Le n° 3, salle II, est aussi occupé par une femme chez qui les accès d'asthme alternent avec une névralgie trifaciale. *Arsenic* a guéri ces accès ; *nux*, puis actuellement *belladone* visent la névralgie, qui a pour siège principal les rameaux du nerf sous-orbitaire.

OBSERVATION XXXVI. — *Asthme*.

Madame Casal, 45 ans, entrée le 30 mars, sortie le 11 avril (salle II, n° 3).

Cette malade est encore très-bien réglée. Elle a des hémorrhoides depuis cinq ans ; à cette époque elle s'aperçut, pour la première fois, qu'elle perdait du sang en allant à la selle.

Il y a neuf ans, à l'occasion d'un refroidissement, elle fut atteinte d'une bronchite à la suite de laquelle elle toussa pendant deux ans.

Cette toux grasse, aussi fréquente en été qu'en hiver, n'empêcha pas d'abord sa respiration de s'exercer librement.

Les étouffements dont elle se plaint remontent à six ou sept ans. Ils viennent, par accès, tous les huit ou

dix jours ; ces accès, aussi fréquents en été qu'en hiver, sont habituellement de courte durée.

Pendant ces attaques, une sueur froide inonde son corps. L'appétit est conservé jusqu'au moment de l'accès qui est toujours précédé par de la sécheresse du nez qui, d'ordinaire, quand la malade est bien portante, sécrète beaucoup de mucus.

L'auscultation et la percussion permettent de constater l'existence d'un emphysème transitoire généralisé ; l'expiration est prolongée et sibilante ; sonorité du thorax augmentée.

Cette femme est sujette à une névralgie occupant les rameaux sous-orbitaires du nerf trifacial droit, et cette névralgie alterne avec les accès d'asthme.

31 mars. *Arsenicum*, 3^e trit., 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau ; 3 cuillerées par jour.

6 avril. La malade va mieux de ses étouffements, mais la névralgie est plus forte. — *Nux vomica*, 3^e trit.

Le 9. La névralgie persiste. Je prescris *belladone*, 3^e.

La malade, effrayée par l'entrée d'une malade atteinte d'érysipèle de la face, demande sa sortie.

Je vous rappellerai encore l'histoire de deux asthmatiques, pour vous familiariser avec le traitement de cette maladie. La première est un cas guéri par *ipéca*, 3^e trituration, suivie d'*arsenic* à la même dose.

OBSERVATION XXXVII. — *Asthme*.

Madame Hédoïn, 35 ans, entrée le 6 avril, sortie le 19 avril (salle II, n^o 3).

Cette malade n'a jamais eu ni dartres ni hémor-

rhoïdes. Elle éprouve depuis dix-huit mois des troubles dans la respiration.

Depuis cette époque, aussi, la menstruation est très-irrégulière; les règles sont peu abondantes et toujours accompagnées de douleurs dans la région lombaire.

Les étouffements dont elle se plaint sont devenus plus intenses et plus fréquents depuis le mois de décembre dernier où elle eut une bronchite.

Les accès de dyspnée arrivaient principalement la nuit; la journée était assez calme. Les crachats sont quelquefois striés de sang; à l'auscultation, on entend des râles sibilants à l'inspiration et à l'expiration; l'expiration est prolongée.

La percussion fait constater une augmentation du son dans la partie inférieure des poumons.

7 avril. *Ipeca*, 3^e trit. Une cuillerée toutes les trois heures.

Le 8. La nuit a été très-bonne; la malade a très-peu toussé; elle a moins d'oppression. A l'examen de la poitrine, on trouve moins de râles. — Même traitement.

Le 11. La toux a considérablement diminué; la malade se plaint de douleurs de ventre le matin et d'un peu de diarrhée. *Arsenicum*, 3^e trit. Trois cuillerées par jour.

Le 13. Plus d'entéralgie; la malade a un peu de leucorrhée. *Sepia*, 3^e, trois cuillerées par jour.

Le 15. La malade est très-améliorée. Elle sort quelques jours après ne présentant plus de signes d'emphysème.

Dans l'observation suivante c'est principalement à l'association de *Bryone* et d'*Ipeca* que nous devons la guérison de notre malade. *Ipeca* seul à la 3^e trituration

était resté trois jours sans effet. Quelques jours plus tard, il est vrai, *Ipeca* a arrêté en 24 heures une reprise d'accès, mais nous l'avions prescrit à la 1^{re} trituration.

OBSERVATION XXXVIII. — *Asthme*.

Madame Arnoult, 59 ans, domestique, entrée le 7 février, sortie le 4 mars (salle II, n° 3).

Cette femme a été d'une bonne santé antérieurement et réglée jusqu'à l'âge de 57 ans.

Depuis qu'elle n'est plus réglée, elle a une toux sèche, plus fréquente la nuit que le jour ; un chatouillement à la gorge précède toujours la toux.

En même temps elle a des étouffements qui sont plus nombreux en été qu'en hiver.

9 février. *Examen de la poitrine*. A la percussion, sonorité dans toute la poitrine ; à l'auscultation, expiration très-prolongée dans le tiers supérieur ; diminution du murmure vésiculaire dans les deux tiers inférieurs : ces signes sont plus marqués à droite. La poitrine présente donc les deux variétés d'emphysèmes : l'emphysème transitoire et l'emphysème définitif.

La malade a plusieurs fois, dans la nuit, des accès d'asthme ; pas de fièvre. *Ipeca*, 3^e trit., 20 centigr. dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Le 10. L'oppression est aussi forte.

Le 11. Même état. Même traitement.

Le 12. Il y a toujours de l'oppression ; le côté droit, qui était moins atteint par l'emphysème, commence à se prendre ; on perçoit de gros râles dans le côté gauche. *Ipeca*, 3^e trit., 30 centigrammes.

Le 13. L'expectoration qui était assez rare devient

très-abondante : c'est celle de la bronchite. Râles humides dans toute la poitrine. *Ipeca*, 3°, et *bryone*, 3°, alternés, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 14. La dyspnée est bien moins grande. — Même traitement.

Le 16. Grande amélioration dans l'état local et dans l'état général. *Arsenic*, 3° trit., trois cuillerées par jour.

Le 17. Les étouffements ont cessé; il y a bien moins de crachats. — Même traitement.

Le 18. Le mieux continue.

Le 19. Même état. *Arseniat d'ant.*, 2° trit., trois cuillerées par jour.

Le 20. La toux a considérablement diminué.

Le 24. La malade est reprise d'un accès d'étouffement. *Ipeca*, 1° trit.

Le 25. Les accès n'ont pas continué. *Nux v.*, 3°.

L'amélioration continue à être très-rapide. Aucun accident ne survient jusqu'au départ de la malade qui sort le 4 mars.

Je veux, à propos de ces malades, vous dire un mot du *choix de la dose* en homœopathie.

Nous ne voulons parler ici ni de la *médication palliative*, ni des cas où le médecin se propose d'obtenir l'effet physiologique du médicament, comme par exemple, lorsqu'il est nécessaire de faire vomir ou de provoquer des selles pour évacuer un poison; ou de faire contracter l'utérus pour activer l'accouchement. Dans ces cas bien simples chacun sait qu'il faut une dose en rapport avec l'effet à obtenir, dose fixée depuis longtemps par l'expérience générale.

La question que nous traitons en ce moment est beau-

coup plus difficile, il s'agit de fixer la dose dans la médication homœopathique.

Nous pouvons dire, comme au temps d'Hartmann, que l'arbitraire règne encore sur ce point, et que chaque médecin invoque sa propre expérience pour justifier les préceptes les plus opposés.

Les uns ont enseigné qu'il fallait donner de hautes dilutions dans les maladies chroniques et réserver les basses pour le traitement des maladies aiguës (1); ce précepte est beaucoup trop absolu et pour en démontrer la fausseté il suffit de vous citer les exemples de l'arsenic dans la diarrhée chronique, du fer dans la chlorose, du mercure et de l'iodure de potassium dans la syphilis, pour vous prouver qu'il est des médicaments qui doivent être donnés à fortes doses dans les maladies chroniques. Certains médecins ont coutume de prescrire les minéraux à dose plus faible (30 dil.) que les végétaux (6 et 12). Vous voyez que tous les jours nous enfreignons avec succès cette prétendue règle.

D'autres ont dit, avec plus de raison, que les substances *inertes* par elles-mêmes comme le charbon, la silice, le lycopode avaient besoin d'être extrêmement triturées et diluées pour agir, et que par conséquent les hautes dilutions (au-dessus de la 12) étaient préférables pour ces substances.

Une école tout entière, prenant pour argent comptant la théorie de la *dynamisation* et croyant fermement que chaque dilution nouvelle développe une propriété de plus dans le médicament, ne s'est plus arrêtée dans cette voie. Laissant loin derrière elle la 30^e dilution habituellement employée par Hahnemann, elle a

(1) Mure. Bibliothèque de Genève.

adopté, puis délaissé successivement, la 60°, la 100°, la 1000° et la 1500°. N'ayant aucune règle de conduite, et placés sur la pente glissante de l'esprit de système, les médecins sont arrivés aux 40,000° et aux *actions de contact* ; c'est-à-dire que pour eux, il suffit qu'un globe imbibé d'une substance médicamenteuse soit mis en contact avec des globules inertes pour que ceux-ci acquièrent à un haut degré cette puissance médicamenteuse !

Certainement les plus grands ennemis de l'homœopathie ne sont pas les allopathes, et nous pouvons dire comme Hartmann, que depuis la mort de Hahnemann, les choses ont été poussées jusqu'aux limites d'une véritable extravagance...

L'expérience clinique, nous répondra-t-on, est, dites-vous, votre seule règle pour la fixation des doses ; eh bien, l'expérience clinique a prouvé l'action des médicaments portés aux dilutions les plus extrêmes et a pleinement justifié ce que vous appelez des extravagances.

Si l'expérience clinique avait prononcé, j'inclinerais ma raison sous son arrêt souverain, parce qu'il n'y a pas de certitude thérapeutique et par conséquent point de science en dehors de la clinique.

Mais ce que les partisans de ces dilutions excentriques appellent expériences cliniques, se borne à des affirmations effrontées et dénuées de preuves, ou bien à la publication de quelques faits sans diagnostic, sans détails suffisants pour qu'ils puissent être contrôlés, et pour la plupart tellement ridicules, que la *Société homœopathique* de Paris n'a pas voulu en permettre la publication.

Est-ce à dire que nous fixions la 30° dilution comme

la limite extrême de l'action des médicaments? Non pas certes, et que sommes-nous pour poser une semblable limite? Mais nous voulons qu'on ne s'aventure pas trop sur ce terrain difficile sans être un véritable clinicien; et j'ajouterai : sans être doué d'un bon sens capable de faire éviter toutes les illusions.

Quoi d'étonnant qu'en face de tels excès un grand nombre d'homœopathes aient adopté pour leur pratique des doses pondérables ou qui s'en rapprochent beaucoup : les teintures mères, les 1^{re}, 2^e et 3^e dilutions. Disons-nous comme quelques-uns : Ce qu'il y a d'important dans la médication homœopathique c'est le choix du médicament; la dose importe peu. Ce serait une manière commode de nous tirer d'affaire, mais ce ne serait pas résoudre la question. Pour ne citer que des exemples dont vous ne pouvez pas avoir encore perdu le souvenir, rappelez-vous cette hémorroïdaire à laquelle nous avons donné sans succès *nux vomica* 12^e et qui a été ensuite très-soulagée par *nux vomica* 30^e (obs. XXIII). Et ce phthisique chez lequel *drosera* ayant échoué à la 3^e et à la 12^e a complètement réussi en teinture mère.

Le médicament avait été bien choisi, et cependant il n'a produit son effet que lorsque la dose a été appropriée au cas particulier. La dose a donc une extrême importance.

Mais si personne n'a encore posé de règles incontestées pour le choix de la dose, c'est qu'apparemment cela n'est pas encore possible et que nous ne possédons pas les documents nécessaires pour résoudre cette question difficile. Il nous semble qu'il n'y a pas de meilleur moyen pour avancer cette solution que de résumer les faits aujourd'hui incontestés.

1^{er} fait. Les doses efficaces d'un même médicament varient avec les maladies dans le traitement desquelles il convient.

Exemple : Le quinquina convient, quand il est indiqué par l'ensemble des symptômes, au traitement des fièvres intermittentes et de la diarrhée chronique.

La dose qui *réussit le mieux* et par conséquent qui est indiquée dans la fièvre intermittente est la dose massive (plusieurs grammes de poudre). Au contraire, la dose qui convient le mieux au traitement de la diarrhée chronique est une dilution moyenne (de la 6^e à la 12^e).

2^e fait. Dans le traitement d'une même maladie, les doses varient avec les médicaments.

Exemple : Dans le traitement des fièvres intermittentes, si le quinquina est indiqué, il faut des doses massives. Mais si la noix vomique ou l'arsenic sont indiqués, ce sont les dilutions élevées qui conviennent le mieux (de la 12^e à la 30^e).

De ces deux faits incontestables, nous pouvons déjà conclure que ni la nature du médicament, ni l'espèce de la maladie ne peuvent servir de base pour le choix des doses, puisque la *dose la plus appropriée* varie avec les maladies et avec les médicaments.

La faculté de ressentir l'influence des causes externes et par conséquent du médicament qui n'est pas autre chose qu'une cause externe, qu'un agent étranger à l'organisme, varie avec chaque individu, et cette susceptibilité individuelle, cette idiosyncrasie est la cause de la variation nécessaire des doses. Cet élément d'incertitude fait partie de la nature même de l'homme ; il ne faut donc pas espérer pouvoir l'éliminer et il faut accepter qu'il y aura toujours un *inconnu* dans la question

des doses et que sur ce terrain l'individualisation joue un très-grand rôle.

Mais que doit faire le praticien en présence d'une semblable difficulté?

Pour les médicaments connus et sur lesquels nous possédons des renseignements cliniques positifs, on doit employer la dose que l'expérience a consacrée. Si cette dose échoue, quoique le médicament convienne bien au cas particulier, il faut changer la dilution au lieu de changer de médicament.

Quand un médicament est mal connu, qu'il n'a pas encore été consacré par l'expérience clinique, il est préférable de commencer par des doses fortes, parce que l'indication positive de ces médicaments nouveaux étant encore peu avancée, on a plus de chance d'avoir une action appréciable en se rapprochant des doses massives. Car, en général, et c'est par là que nous terminons, plus un médicament est sûrement homœopathique, moins on a besoin d'une dose forte.

TREIZIÈME LEÇON. — 15 avril 1874.

SOMMAIRE. — Croup; indication de la trachéotomie; observation. — Phthisie en voie de guérison; observation. — Du régime maigre dans la phthisie. — Règle pour le choix des médicaments. — De l'individualisation.

Messieurs, je veux d'abord vous parler de l'enfant atteint de croup et qui a subi avec succès l'opération de la trachéotomie. Voici d'abord son observation :

OBSERVATION XXX. — *Croup.*

Brassard, garçon boucher, âgé de 15 ans et demi, entré le 8 avril.

Cet enfant et la parente qui l'a conduit à la consultation nous disent que la maladie a débuté depuis trois mois par une toux sèche, amenant quelquefois une expectoration striée de filets de sang. La santé générale s'est maintenue bonne et le jeune garçon a continué son état de boucher jusqu'au 25 mars. A ce moment la maladie passa à l'état aigu. Etat fébrile continu; séjour au lit ou à la chambre; dyspnée; toux douloureuse; enrrouement; amaigrissement. L'enfant ajouta, qu'il y a huit jours, il aurait rendu une fausse membrane; fait dont nous ne saisissons pas, à ce moment, la véritable signification.

Le 9. Mouvement fébrile intense. Hier soir; temp., 39°; pouls, 100. Aphonie complète avec toux rauque, sourde et douloureuse; dyspnée augmentant par accès; inspiration et expiration sifflantes pendant les accès de

dyspnée; mais, dans le repos complet, la respiration est calme et silencieuse; pas d'œdème perceptible au toucher sur les replis arythéno-épiglottiques; à l'auscultation, obscurité des bruits respiratoires; retentissement des bruits laryngés; quelques râles sibilants disséminés; au sommet droit, obscurité relative du son; la fièvre est moins forte qu'hier soir; temp., $38^{\circ},2$; pouls, 96. *Phosphorus*, 12° , 6 globules dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 10. Hier soir la température était seulement de $38^{\circ},4$; et le pouls à 100 pulsations. Ce matin le mouvement fébrile a beaucoup augmenté; temp., $39^{\circ},4$; pouls, 112. Le malade est rouge, couvert de sueurs, la dyspnée est augmentée. *Aconit*, T. M., 20 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 11. Amélioration du mouvement fébrile dès hier soir; temp., $39^{\circ},2$; pouls à 108. Ce matin la température a encore baissé; temp., $38^{\circ},8$; quoique le pouls soit remonté à 112. Le malade est beaucoup plus calme; la dyspnée moindre. Même traitement.

Vers midi, la dyspnée augmente beaucoup; le jeune homme a des accès de suffocation pendant lesquels la figure devient violacée.

La trachéotomie est décidée et est pratiquée par M. le docteur J.-P. Tessier, assisté du docteur Guérin et de l'interne du service, M. Scheffer.

12 avril, matin. Le malade est très-soulagé; il a rendu trois fausses membranes tubulées par la canule; la respiration est encore accélérée: la température est à 39° ; le pouls à 116. Il prend *bryonia*, 12° . Lait pour nourriture et pour boisson.

Soir. Augmentation du mouvement fébrile; temp., 39°,6; pouls, 140. Dyspnée plus marquée, grande agitation. *Cyanure de mercure*, 2^e trit., 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures.

Le 13. Amélioration; diminution progressive du mouvement fébrile. Matin, temp., 39°,2; pouls, 120.

Soir. Temp., 39°; pouls, 124. Le malade n'a pas encore d'appétit, cependant il boit son lait, dont quelques gouttes passent par la canule. Même traitement.

Le 14. Sommeil cette nuit; température décroissante; matin, 38°,2; soir, 38°,4; pouls, 112, le matin; 108 le soir. La respiration est facile; le malade expectore par la canule des crachats muqueux; il prend toujours son lait. On change la canule. Même traitement.

Le 15. Convalescence. Chute complète de la fièvre; le matin, temp., 37°,2; pouls, 88; légère recrudescence, le soir, 38°,2; le pouls, au contraire, descendait à 84. Bon sommeil; un peu d'appétit, gaieté; respiration. Même traitement.

Je le laissai au docteur Frédault. Le lendemain, la chute du mouvement fébrile était définitive, 37°,4; quelques jours après on retirait la canule, et la guérison était bientôt complète.

Les renseignements erronés fournis par les parents de ce malade, sur le début de la maladie, qu'ils fixaient à trois mois, l'âge du malade, l'absence de fausses membranes dans le pharynx, égarèrent un instant notre diagnostic. Cependant l'aphonie, la toux rauque, sourde et douloureuse, la dyspnée revenant par accès avec le phénomène du tirage, ne permettaient pas de mettre en doute le siège de la lésion, il s'agissait évidemment

d'une affection laryngée. L'existence du sifflement laryngé dans l'expiration aussi bien que dans l'inspiration ; l'absence d'œdème, perceptible par le toucher, des replis arythéno-épiglottiques nous permettait d'éliminer de suite l'affection connue sous le nom inexacte d'*œdème de la glotte*. J'avoue que je ne songeais pas au croup chez un malade âgé de près de 15 ans, qui n'était point porteur d'une diphthérie du pharynx et qui accusait une maladie de trois mois de durée ! Cette dernière circonstance me fit admettre le diagnostic . *tuberculisation aiguë du larynx*.

La suite de la maladie me permit bientôt d'admirer le précepte d'Hippocrate : l'erreur dans le diagnostic vient quelquefois du médecin, souvent du malade, plus souvent encore des assistants. J'avais été évidemment victime de *l'error ab astantibus*, et cette durée de trois mois faussement attribuée à une maladie dont le début remontait seulement à quelques jours, avait totalement changé l'aspect et la signification du tableau pathologique.

La dyspnée croissant d'heure en heure, l'asphyxie menaçante, constituaient l'indication de la trachéotomie. Il y avait bien là, suivant l'expression de Galien, « la nécessité évidente d'une action déterminée » ; aussi M. Tessier que j'avais chargé de surveiller le malade n'hésita pas à agir.

Le cyanure de mercure prescrit après l'opération nous a semblé avoir une action éminemment favorable sur la marche de la maladie, et avoir contribué à la guérison. Quant à la trachéotomie elle n'a fait disparaître qu'un accident et nous pouvons répéter ce que

nous écrivions déjà en 1844 (dans les *Archives de médecine*) alors que nous étions interne à l'hôpital des Enfants : La trachéotomie ne constitue pas tout le traitement du croup comme l'enseigne Trousseau, mais le traitement d'un accident de la maladie, la suffocation par oblitération du larynx. Cette opération est indiquée toutes les fois que les accès de dyspnée suivent une progression croissante et menacent la malade de mort par asphyxie.

Au n° 1 de la salle première, se trouve une femme qui présente un grand intérêt au point de vue de l'influence du *régime maigre* sur la phthisie. Voici, très-abrégée, l'observation de cette malade.

OBSERVATION XXXI. — *Phthisie passant à l'emphysème.*

Françoise Degage, âgée de 28 ans, entrée le 22 avril, sortie le 14 avril.

Cette malade suit, depuis des années, le dispensaire de la rue de Verneuil; elle entre à l'hôpital Saint-Jacques pour la troisième fois.

Au début, il y a dix ans, elle a présenté tous les signes de la phthisie : toux incessante, amaigrissement, hémoptysie, fièvre avec sueur nocturne, râles muqueux aux deux sommets.

Cette malade, qui est au régime maigre presque sans interruption depuis des années, est très-améliorée.

3 avril. *Etat actuel.* Matité relative dans les sommets, surtout à droite; quelques râles humides, très-rares dans les sommets; expiration prolongée et sifflante dans les deux poumons. Dyspnée, toux fréquente, expectora-

tion muqueuse, appétit, forces conservées. *Phosphorus*, 12°.

Le 5. Nous n'avons rien obtenu de *phosphorus*. Je prescrivit *ipecac*, 12°, et *bryone*, 12°.

Le 10. Grande amélioration de la toux et de la dyspnée. Les règles surviennent avec diarrhée.

Le 14. Elle quitte l'hôpital très-améliorée.

Lorsque cette malade se présenta, il y a six ans, au dispensaire de la rue de Verneuil, elle présentait les signes incontestables d'une phthisie avec ramollissement des tubercules aux deux sommets. Aujourd'hui on retrouve encore des signes positifs de cette affection; matité des sommets surtout à droite et quelques râles muqueux dans les mêmes points; mais le reste des poumons présente les signes certains de l'emphysème, expiration prolongée et sifflante. Il y a donc ici deux lésions, dont la dernière en date, l'emphysème, semble devoir arrêter complètement le développement de la première, le tubercule.

En même temps que nous observions cette évolution si heureuse de la lésion, la malade engraissait, reprenait ses forces et perdait tout à fait l'aspect phthisique qu'elle avait au début.

Depuis six ans cette malade a presque sans interruption suivi le régime maigre et nous rapportons à ce régime la plus grande part dans le changement favorable qui s'est produit dans son état.

Il y a huit ans que j'applique le régime maigre au traitement de la phthisie; j'ai emprunté cette pratique, que l'on retrouve, du reste, à différentes époques de la tradition médicale, à un vieux médecin qui s'est beaucoup

occupé d'urologie, le D^r Brunner. Ce régime consiste à supprimer complètement de l'alimentation des phthisiques, la viande et le vin. Les aliments qui nous ont semblé de tous les plus favorables sont les farineux et le lait ; les soupes sous toutes les formes ; les bouillies, les purées, tous les légumes, même la salade ; tous les fruits, les œufs. Le poisson et les coquillages permettent encore une certaine variété bien nécessaire, du reste, pour un régime qui doit se prolonger quelquefois des années. La difficulté de se procurer du bon lait dans les grandes villes, la répugnance que beaucoup d'adultes ont pour cet aliment, l'impossibilité de quelques autres pour le digérer, m'ont engagé, presque dès le début de ma pratique du régime maigre, à autoriser le bouillon gras, bien dégraissé. Cette addition fait accueillir le régime avec moins de difficulté par les malades, il le rend du reste plus facile à supporter.

Je n'ai pas non plus trouvé d'inconvénient à laisser boire de la bière aux repas pour les malades qui ne veulent pas se mettre à l'eau. J'excepte bien entendu les bières anglaises qui sont beaucoup trop alcoolisées. J'autorise l'usage du thé et du café qui n'ont point d'influence fâcheuse sur la toux quand les malades y sont accoutumés et qui constituent, comme on dit aujourd'hui, un *médicament d'épargne*.

Je reviens avec insistance sur les contre-indications du *régime maigre* dans le traitement de la phthisie, afin que les médecins qui, sur mon invitation, se décideront à l'essayer n'éprouvent pas de déception.

Dans la période de *cachexie*, caractérisée par la fièvre hectique, les évacuations colliquatives et l'impossibilité

de plus en plus grande de quitter le lit, le *régime maigre* est absolument contre-indiqué, il ne ferait que précipiter la mort du malade.

Dans la période d'*état*, ce régime rend de grands services, mais à condition qu'il soit bien supporté, c'est-à-dire que l'estomac du malade puisse digérer facilement les aliments qui constituent ce régime. Les aigreurs, les mauvaises digestions, et surtout la diarrhée, constituent une contre-indication formelle au régime maigre. Dans ces cas, il ne faut cependant pas abandonner complètement ce régime; souvent en accordant de la viande trois fois la semaine et une petite proportion de vin aux repas, on constitue un régime très-supportable et dont on retire encore de très-bons résultats; c'est là la ligne de conduite que vous nous avez vu suivre pour la malade de l'observation n° IV.

Un certain nombre de malades ne *veulent* pas suivre le régime maigre, soit que le genre d'alimentation répugne à leur goût; soit, ce qui est plus fréquent, qu'il répugne à leurs préjugés. Dans le premier cas, il faut s'ingénier à trouver des aliments qui aillent au goût du malade; dans l'autre, il faut déclarer carrément qu'on n'accepte pas la responsabilité de la cure. Mais c'est surtout dans la période du *début* que le régime maigre nous a donné d'heureux résultats dans le traitement de la phthisie. Nous possédons un grand nombre d'observations dans lesquelles nous avons pu constater ce résultat: ce sont des malades toussant depuis des mois; ayant déjà un amaigrissement notable; un peu d'essoufflement; quelquefois des hémoptysies, et au sommet de la matité avec des craquements

secs. Ces symptômes se dissipent souvent après quelques semaines du régime maigre, vous en avez un exemple dans l'observation n° V.

Quand les malades vont mieux, il ne faut pas revenir tout d'un coup au régime ordinaire. Si le malade est à la période de *début*, je ne permets la viande et l'eau rougie que lorsque la toux a disparu complètement. Je permets alors de la viande trois fois par semaine et à un seul repas; si la guérison persiste, je remets le malade au régime ordinaire en lui recommandant toutefois de n'abuser ni de la viande, ni du vin et de supprimer l'un et l'autre si la toux reparaissait.

Dans la période d'état, le régime devant durer *des années*, je suis moins sévère; et quand la toux est très-diminuée, que les nuits sont bonnes, que le malade engraisse, je permets de la viande trois fois par semaine, à un seul repas, quitte à revenir au régime absolu quand il se produit des aggravations. Les malades peuvent supporter ce régime de vie même en travaillant.

Voici les phénomènes que j'ai observés chez les phthisiques soumis au *régime maigre*.

Pendant les deux premières semaines les malades se plaignent de la diminution de leurs forces; et cette plainte, bien qu'il faille l'attribuer en partie à l'imagination, m'a été trop souvent accusée pour ne pas admettre qu'elle soit vraie en partie. En même temps, il est rare que les malades ne ressentent pas une diminution de la toux, une amélioration du sommeil et une sorte de bien-être qui tient à la diminution du mouvement fébrile. Cette amélioration les encourage à continuer.

Au bout de deux ou trois semaines, les malades accu-

sont presque toujours une augmentation notable dans l'état des forces et un grand bien-être. Si le régime est continué, on constate bientôt un arrêt dans l'amaigrissement, puis un retour d'embonpoint. Ce dernier phénomène est le signe certain du succès du régime maigre dans le traitement de la phthisie.

Comment agit le régime maigre ? Les féculents et le lait qui forment la base de ce régime, sont reconnus par tous les hygiénistes comme des aliments propres à augmenter l'embonpoint. Le régime maigre est donc essentiellement un régime *engraissant* : or, un phthisique qui engraisse est un phthisique qui va mieux, il n'est donc pas étonnant que le régime maigre soit utile aux phthisiques. Seulement, nous le répétons à dessein, il faut que ce régime soit bien accepté par l'organisme ; le régime maigre n'est pas le régime par inanition, et il est nécessaire que le malade absorbe beaucoup d'aliments pour que l'effet recherché soit produit.

Les préjugés qui règnent généralement en médecine sur l'étiologie de la phthisie contribuent beaucoup à empêcher les médecins d'accepter le régime maigre dans le traitement de cette maladie. La tuberculose est le résultat de l'affaiblissement de l'organisme ; voilà une proposition qui est généralement acceptée comme un axiome incontestable, et qui a, comme corollaire, cette affirmation qu'un régime fortement animalisé et non moins fortement alcoolisé est le meilleur préservatif de la phthisie pulmonaire.

L'étiologie que nous combattons repose non-seulement sur des idées théoriques mal élaborées, mais encore sur certains faits bien observés, mais dont on a le

tort de tirer des conséquences qui n'y sont point enfermées. Ainsi de ce que la phthisie reconnaît pour cause occasionnelle fréquente : l'allaitement prolongé, les excès vénériens, l'habitation dans des logements obscurs et sans air, le chagrin prolongé ; il n'est pas permis de tirer cette conclusion, que la tuberculose est le résultat de l'affaiblissement de l'organisme. Si la disposition à la phthisie pulmonaire n'existe pas, toutes les causes occasionnelles que nous venons d'énumérer seront impuissantes à la produire, tandis que nous la voyons éclater chez les personnes prédisposées malgré le régime le plus fortifiant.

Pouvons-nous oublier, en effet, que la phthisie et les autres affections tuberculeuses font de nombreuses victimes dans la classe riche, chez des sujets jeunes, très-bien nourris et en l'absence de toutes causes d'affaiblissement ? N'est-ce pas précisément dans la jeunesse, c'est-à-dire dans l'âge où la vitalité a le plus de forces, que la phthisie est plus fréquente ? Des recherches récentes n'ont-elles pas démontré que le sang des phthisiques était, au début de la maladie, extrêmement riche en globules, et par contre la chlorose n'est-elle pas habituellement une maladie exclusive de la phthisie ?

Cette tendance à diviser les maladies en sthéniques et asthéniques est une idée systématique qui n'est bonne qu'à égarer le médecin et lui faire perdre de vue l'étiologie positive. Une enquête encore incomplète, il est vrai, m'a permis de constater que la phthisie était extrêmement rare chez les religieux qui, par leur règle, s'abstiennent complètement, ou presque complètement de viande, et cela malgré les fatigues de l'enseignement ou de la prédication et l'habitation dans les grandes

viles. La phthisie, au contraire, est fréquente dans les séminaires et chez les religieuses enseignantes qui ne suivent pas le régime maigre.

Les ouvriers des villes, qui mangent de la viande deux fois par jour, qui usent et abusent des boissons alcooliques, fournissent une large part aux décès par phthisie pulmonaire.

Voilà des faits dont il est permis de conclure au moins ceci : c'est que l'usage de la viande et du vin loin de préserver de la phthisie pulmonaire, semble plutôt y disposer, puisque ceux qui en font largement usage sont pris en grand nombre, tandis que ceux qui s'en abstiennent sont à peu près indemnes.

Du choix du médicament. — Nous ne voulons pas terminer les leçons de ce trimestre, sans revenir sur les règles qui doivent vous guider dans le choix du médicament.

La formule *similia similibus* est, comme nous l'avons souvent répété, la loi des indications positives dans le traitement des maladies ; mais faut-il encore qu'elle soit entendue dans son sens le plus large et qu'elle soit confirmée par l'expérience clinique.

La formule employée par Hahnemann et par les premiers homœopathes est celle-ci : *donner le médicament qui est indiqué par l'ensemble des symptômes.*

Cette formule est incomplète. Vous comprenez facilement, en effet, que l'ulcération des plaques de Peyer, l'hépatisation pulmonaire, l'épanchement pleurétique, sont des phénomènes morbides, au moins aussi importants que la chaleur fébrile, la soif, la toux et la diarrhée. Cependant, pour les premiers homœopathes ces phénomènes

morbides n'étaient point compris dans le tableau du *simile*, puisque ce sont des *lésions*, et que la formule dit expressément *l'ensemble des symptômes*. Ces lésions, du reste, ne sont pas *apparentes* ; elles ne peuvent être *connues* que par le diagnostic, et le diagnostic était chose secondaire pour les premiers homœopathes.

Nous devons donc compléter la formule citée plus haut, et dire que le médicament est indiqué par *l'ensemble des symptômes et des lésions*.

Mais ce n'est pas tout encore, il y a des maladies dans lesquelles l'indication du médicament se tire non pas de l'ensemble des symptômes et des lésions, mais de la *marche* des maladies ; ainsi les fièvres intermittentes et toutes les maladies que revêtent accidentellement les types intermittents, demandent des médicaments qui répondent à ce type, c'est-à-dire le quinquina d'abord, puis l'arsenic, la noix vomique, l'araignée et bien d'autres.

Disons donc que la loi de similitude doit se formuler ainsi, administrer le médicament qui répond à l'ensemble des symptômes et des lésions et à la marche de la maladie ; c'est-à-dire à la maladie tout entière. C'est pourquoi, sans être spécifique, sans enseigner qu'à chaque espèce morbide, correspond un médicament ou une médication particulière, ce qui est faux, nous disons qu'il n'y a pas de thérapeutique possible sans le diagnostic de l'espèce morbide. C'est le diagnostic de l'espèce morbide, en effet, qui fait connaître non-seulement les symptômes, mais encore les lésions et la marche, c'est lui qui donne au médecin une juste vue de l'ensemble des phénomènes morbides. Privé du diagnostic, il devient semblable à un garde-malade ; il n'aperçoit que les

symptômes les plus grossiers de la maladie ; il n'a aucune idée de leur enchaînement et de leur hiérarchie. Vous avez eu ici même deux exemples des inconvénients graves qui résultent pour la thérapeutique de l'absence du diagnostic. Rappelez-vous d'abord cette vieille femme entrée ici au neuvième jour d'une pneumonie méconnue, et qui succomba quelques jours après son entrée dans nos salles. Chez cette malade, le diagnostic n'avait point été fait, aussi l'*aconit*, indiqué sur la violence de la fièvre, et par l'agitation de la malade, avait été continué huit jours sans modifier la maladie.

Dans ce cas, l'importance du diagnostic était considérable, il eût ajouté à l'ensemble des *symptômes extérieurs*, l'évolution si importante des lésions pulmonaires et indiqué l'emploi de bryone et de phosphore.

Plus récemment encore, vous nous avez vu hésitant devant ce cas méconnu de croup, donner *phosphorus* et *aconit*, qui étaient indiqués par les symptômes les plus importants et qui restèrent sans effet, tandis que le brôme, la bryone et surtout le cyanure de mercure, indiqués par la lésion diphthéritique, auraient peut-être suffi à guérir le malade.

Les homœopathes purs nous ont reproché de ne pas individualiser. Voyons donc ce qu'on doit entendre par *individualiser* en thérapeutique, et examinons jusqu'à quel degré nous tombons, en ce point, sous le coup de la critique.

Les homœopathes extra-purs entendent par individualiser, ne faire aucun cas du diagnostic (il est vrai que d'ordinaire on méprise facilement ce qu'on ignore), et chercher le médicament qui convient en se laissant guider uniquement par certains symptômes propres au

cas individuel qu'ils ont à traiter : ainsi prescrire *carbo-vegetabile* à un malade atteint de tumeur cérébrale, uniquement parce qu'il éprouve le besoin de s'éventer, donner *atri acutum* à un autre atteint d'angine de poitrine, parce qu'il éprouve du soulagement par une promenade en voiture ; prescrire *chamomilla* dans le croup, parce que l'enfant est soulagé quand on le promène sur les bras. Voilà pour quelques-uns le suprême de la thérapeutique.

Nous le déclarons, nous n'individualisons point de cette sorte, et nous ne saurions consentir à rabaisser à ce point la thérapeutique élevée si haut par Hahnemann. Je sais qu'avec cette méthode on obtient quelques succès par hasard, mais au prix de quels désastres, c'est ce que nous ne saurons jamais.

Pour nous, *individualiser* c'est rechercher toutes les particularités que présente le malade que nous avons à traiter. Nous disons *le malade* et non *la maladie*, et c'est ce qui nous distingue des spécificiens qui ont un traitement tout fait pour chaque maladie, qui font véritablement la *cure du nom*. Nous ne traitons pas la pleurésie, la pneumonie, le choléra, mais nous traitons des pleurétiques, des pneumoniques, des cholériques.

L'*individualisation* ainsi comprise tient compte non-seulement du diagnostic de l'espèce morbide, mais de sa forme, de sa variété, des influences épidémiques, de la période de la maladie, des complications et de l'idiosyncrasie du malade ; idiosyncrasie révélée précisément par ces symptômes spéciaux, bizarres quelquefois, auxquels les homéopathes purs attachent une si haute importance.

Ces symptômes particuliers tiennent à l'individu plus

qu'à la maladie, et ne font point partie des descriptions nosographiques; ils ont bien réellement leur importance; ils servent à fixer le choix du médecin quand plusieurs médicaments sont également indiqués par l'ensemble des phénomènes morbides. Exemples: Voici un malade atteint de pleuro-dynie caractérisée par une douleur sous le mamelon; cette douleur est intense, elle augmente par la respiration et par la toux. Plusieurs médicaments sont indiqués, entre autres *nux vomica* et *bryonia*. Si le malade est soulagé en se couchant du côté sain, c'est *nux vomica* qui sera indiqué. C'est au contraire *bryonia* qui convient, si le malade se trouve mieux s'il est couché sur le côté douloureux.

Ainsi, le soulagement ou l'aggravation produite par le côté sur lequel se couche le malade, est ici le symptôme qui *individualise* le cas et fixe le *choix* du médecin.

Nous nous séparons encore des premiers homœopathes par l'importance considérable que nous attachons à l'*expérience clinique*. Hahnemann et ses premiers disciples recommandaient expressément de ne tirer aucune indication de l'usage des médicaments dans les maladies, *ab usu in morbis*. Un précepte aussi opposé au bon sens médical ne devait pas durer. Aussi croyons-nous qu'il y a peu de médecins, aujourd'hui, qui soutiennent cette doctrine excessive de ne tenir aucun compte en thérapeutique de l'*expérience clinique*.

Sans doute, la *loi des semblables* a été le guide qui a servi aux homœopathes pour trouver les médicaments qu'ils ont prescrits à leurs premiers malades, mais c'est l'*expérience clinique* qui a assis définitivement leur pratique. Quand les premiers homœopathes se sont

trouvés en face du choléra et de la dysentérie, la loi de similitude leur a offert un certain nombre de médicaments, mais c'est l'expérience clinique qui a fixé la valeur de *veratrum*, *arsenic*, *cuprum*, *carbo vegetabilis* et *camphora* dans la première maladie, et d'*ipéca*, *mercure*, *arsenic* et *phosphore* dans la seconde.

La preuve de l'insuffisance de la loi de similitude pour fixer le traitement d'une maladie, ce sont les changements apportés par l'expérience clinique dans la pratique de la généralité des médecins. Qui, aujourd'hui, traite le croup par *aconit* et *spongia* ; ou la fièvre typhoïde par *rhus toxicodendron* ? A quoi doit-on la précision des indications de *cautharis* dans la pleurésie, d'*apis mellifica* dans la kératite ulcéreuse ? à l'expérience clinique.

L'expérience clinique confirme ou infirme la légitimité du choix fait d'après la loi de similitude ; c'est la preuve que l'opération thérapeutique a été bien ou mal faite. L'expérience clinique *précise* la valeur des indications, et elle *élimine* les médicaments infidèles. L'expérience clinique *hiérarchise* la valeur des médicaments dans un cas donné. Ainsi, *veratrum*, *tartarus emeticus*, *aconit*, *colchicum* sont indiqués pour les symptômes du choléra confirmé. Mais la clinique a consacré depuis longtemps la supériorité du *veratrum*. La toux quinteuse des phthisiques avec vomissement des aliments demande *drosera*, *hepar sulfur*, *silicea*, etc., etc. Mais l'expérience clinique place le *drosera* au premier rang des médicaments indiqués dans ces cas.

Enfin l'expérience clinique *élimine* les médicaments à action infidèle, et le nombre en est grand. Combien se sont présentés avec une pathogénésie plus ou moins bien faite et qui promettaient, d'après la loi de simili-

tude, d'éclatants succès, et combien sont rentrés dans le néant où on aurait dû les laisser ! Qui de nous a oublié la *glonoïne* et ses merveilles dans la migraine ; le *gelsemium semper virens* qui devait guérir les méningites, le *thallium* spécifique des affections de la moelle épinière et tant d'autres qui encombrant les colonnes de nos journaux périodiques, et les officines de nos pharmaciens ?

Les recherches laborieuses de nos confrères produisent sans cesse de nouvelles pathogénésies ; la clinique s'empare de ces nouveaux agents, elle élimine les infidèles, mais elle garde avec reconnaissance *sanguinaria*, *apis mellifica*, *actea racimosa* et tant d'autres qui nous rendent chaque jour les meilleurs services.

En résumé, c'est la loi de similitude qui indique au médecin les médicaments qui conviennent dans le traitement des maladies, mais c'est l'expérience clinique qui le fixe sur la valeur hiérarchique de ces médicaments.

Deuxième année.

QUATORZIÈME LEÇON. — *Décembre 1874.*

SOMMAIRE. — Du médicament. — Matière médicale pure. — Des indications. — Exemples. — Observation d'abcès du foie. — Indications de l'ouverture de ces abcès. — Observation de pleurésie chronique. — Indications de la thoracentèse. — Suppuration de l'épanchement après la ponction faite avec l'appareil de Dieulafoy. — Des abus de la thoracentèse. — Indications de l'empyème. — Loi des contraires. — Loi des semblables.

Messieurs,

Nous pouvons, sans autre préambule, aborder la partie de la clinique qui a trait aux symptômes et aux lésions, parce que la séméiotique et l'anatomie pathologique reposent sur des bases acceptées de tous, et qui ne souffrent point de discussion. Mais il n'en est pas de même de la thérapeutique : cette partie de la médecine subit de nos jours une transformation considérable, et on ne peut entrer sur ce terrain sans quelques explications préalables.

Les anciennes hypothèses, qui servaient de base à la thérapeutique, ont été renversées par les découvertes physiologiques modernes, et, depuis les travaux de Harvey sur la circulation du sang, on peut dire que la thérapeutique galéniste, qui régna si longtemps dans les écoles, n'a plus de bases scientifiques. Aussi les traités de matière médicale et de thérapeutique, inspirés par les hypothèses surannées de l'humorisme ancien et

moderne, constituent aujourd'hui de véritables anachronismes, dont l'œuvre de Trousseau et Pidoux sera, je l'espère, le dernier spécimen. La thérapeutique est donc aujourd'hui en pleine transformation, et il nous appartient, à nous qui avons été, sinon les premiers, au moins les plus ardents promoteurs de cette réforme, d'aborder, chaque fois que nous en trouverons l'occasion, les problèmes de la thérapeutique expérimentale.

Nous ne répéterons point cette année ce que nous vous avons dit l'année dernière sur le rôle et la place de l'homœopathie en thérapeutique, mais vous nous permettrez de vous rappeler quelques principes généraux de thérapeutique. Vous savez qu'elle se compose essentiellement de deux parties : le *médicament*, et les règles qui servent pour l'application de ce médicament ; c'est ce qu'on appelle en thérapeutique la *loi des indications*.

Le *médicament* est une substance appartenant à l'ordre animal, végétal ou minéral, qui, administré à un organisme vivant, a la propriété de déterminer dans cet organisme un ensemble de symptômes et de lésions présentant un caractère spécial, et soumis à une évolution déterminée.

Vous le voyez, la définition du médicament ressemble à la définition de la maladie. C'est qu'en effet, les effets positifs des médicaments sur un organisme sain ont une grande analogie avec la maladie, et, vous le savez, l'histoire des *empoisonnements* constitue tout un chapitre de la nosographie. Aussi la connaissance du médicament ne se borne-t-elle pas à reconnaître ses qualités physiques ou chimiques, mais elle est surtout constituée

par l'étude des symptômes et des lésions qu'il produit quand il est administré à l'homme sain. C'est sur cette base inébranlable qu'Hahnemann a élevé le monument de la *matière médicale pure*. Matière médicale réellement *pure d'hypothèse*, et mieux nommée encore *matière médicale expérimentale*.

Les règles qui servent à l'application d'un médicament dans le traitement des maladies ont reçu le nom d'*indications*. Ces règles sont multiples, quelquefois contradictoires; mais d'abord, que doit-on entendre par cette expression, *indication*?

La science traditionnelle nous répond par la bouche de Galien : *L'indication est la nécessité évidente d'une action déterminée.*

Reprenons et pesons, si vous le voulez bien, Messieurs, chacun des termes de cette définition, et nous trouverons dans cet axiome la règle la plus sûre et la plus sage pour guider le médecin et le chirurgien dans la pratique de leur art.

L'indication est la nécessité évidente d'une action.

Ainsi, pour que le médecin ou le chirurgien puissent légitimement agir, il faut que la nécessité de cette action soit évidente. Sans cela, ils doivent s'abstenir. De quel droit, en effet, un homme se permettrait-il d'intervenir dans ce grand drame de la souffrance qui constitue la maladie, s'il n'y a pas nécessité évidente d'agir? C'est cette nécessité qui seule permet au médecin de porter la lourde responsabilité du traitement des maladies. On l'a répété bien des fois, le malade est un mineur; il est tout entier à la discrétion du médecin dont il ne peut ni juger la science, ni discuter l'autorité;

le malade est entièrement livré au médecin. C'est pourquoi le médecin n'est autorisé à intervenir pour modifier le cours d'une maladie que s'il y a nécessité évidente d'une action : la routine, la légèreté, la fantaisie en thérapeutique appliquée, constituent autant d'*abus de confiance vis-à-vis du malade*.

Galien ajoute avec raison à la nécessité évidente d'agir la condition d'agir d'une *manière déterminée*. Ce complément de la définition est absolument nécessaire, et le médecin le sait bien, lui qui, en présence de cas où la nécessité d'une action, d'une intervention de sa part est évidente, hésite sur le moyen particulier à employer.

Un exemple, non pas schématique, comme on dit aujourd'hui, mais pris dans le vif de la thérapeutique appliquée, fera mieux comprendre encore cette définition de l'indication.

OBSERVATION XLI. — *Abcès du foie.*

Un enfant de 8 ans présentait une tumeur fluctuante du foie. Cette tumeur, située à la face antérieure de l'organe, soulevait les côtes d'une manière très-notable. Elle s'accompagnait de douleurs passagères; l'enfant avait maigri, il était pâle, mais cependant il mangeait, se levait et sortait tous les jours.

Le diagnostic était douteux; et, bien que nous penchions, vu l'âge du sujet et l'absence d'antécédents pathologiques, pour un kyste hydatique, nous n'étions pas absolument fixé sur le diagnostic de cette tumeur. Un de mes vieux camarades d'internat, aujourd'hui chirurgien à l'Hôtel-Dieu, appelé en consultation, hésitait à

intervenir par une opération. Nous attendîmes, parce qu'il n'y avait pas *nécessité évidente* d'agir.

Un mois après, l'affection s'était développée. La douleur était devenue permanente, il y avait de la fièvre et un amaigrissement considérable, la tumeur avait augmenté de volume, et, signe important, les téguments s'étaient œdématiés au niveau de la tumeur.

Le diagnostic se précisait, qu'il y eût oui ou non un kyste hydatique, la fièvre, la douleur, l'empâtement des téguments ne permettait pas de méconnaître une collection purulente, et une collection purulente en voie d'élimination, d'où la *nécessité évidente* d'une *action déterminée*. Il fallait sans hésiter ouvrir cet abcès, sans cela la nature pouvait d'un jour à l'autre l'ouvrir, soit dans le péritoine, soit dans la plèvre. Le siège particulier de l'abcès *déterminait* encore le mode opératoire; une incision au bistouri eût eu ici les plus grands inconvénients; l'application successive de pâte de Vienne constituait une méthode opératoire bien trop lente. Il fallait retirer le pus promptement, et par un mode qui nous mettait à l'abri de l'épanchement du liquide dans les cavités voisines. L'indication ne reposait ni sur un caprice, ni sur une hypothèse, elle était positive. Le trocart n° 2 de l'appareil Dieulafoy fut enfoncé au centre de la tumeur, et nous recueillîmes 64 grammes d'un pus épais et rougeâtre. L'enfant fut immédiatement soulagé; la tumeur s'affaissa, les douleurs cessèrent, et la guérison est aujourd'hui complète.

L'examen microscopique fait par M. Davaine démontra que le liquide retiré par la ponction était composé de pus, d'un peu de sang et de quelques débris de cellules hépatiques.

Je l'avoue sans peine, les indications ne sont pas toujours aussi positives et aussi claires que dans ce cas, c'est précisément à cause de sa clarté qu'il convenait pour vous faire bien comprendre la définition de Gallien.

Autre exemple qui présente par lui-même un bien grand intérêt.

OBSERVATION XLII. — *Pleurésie chronique, thoracentèse, puis empyème.*

Un homme que vous avez pu voir, cet été, dans une chambre particulière de cet hôpital, se présenta à notre consultation au mois de mai 1874. Il était porteur d'un vaste épanchement occupant les deux tiers de la cavité pleurale gauche. Les antécédents recueillis avec soin ne permettaient pas de douter de la grande ancienneté de cette pleurésie. L'épanchement pleural existait depuis dix années. Le malade, d'une constitution primitivement très-robuste, âgé de 35 ans, avait pu résister jusque-là et mener à peu près la vie de tout le monde. Mais depuis plusieurs mois les choses avaient bien changé de face. La dyspnée avait beaucoup augmenté; l'amaigrissement et les pertes des forces avaient fait de tels progrès que le malade avait l'apparence d'un phthisique à la dernière période; il se levait encore et sortait même un peu, mais le sommeil et l'appétit faisaient défaut, et l'aggravation progressive des symptômes pouvait faire prévoir une issue funeste dans l'espace de quelques mois. Une auscultation attentive et l'absence de fièvre permettaient cependant d'affirmer qu'il n'y avait là ni phthisie pulmonaire, ni transformation purulente de l'épanchement; l'organisme fléchis-

sait à la longue et menaçait de succomber à bref délai, sous l'influence d'une respiration insuffisante et d'une circulation gênée par le déplacement du cœur.

Il y avait donc ici *nécessité évidente d'agir*. J'ajouterai que *l'action elle-même était déterminée*.

Il n'y avait en effet, ici, aucun compte à faire sur une thérapeutique pharmaceutique. Le malade avait épuisé en vain, dès le début de la pleurésie, la série des révulsifs et des dérivatifs employés en semblables circonstances; et de larges cicatrices indiquaient clairement qu'on avait poussé l'usage des révulsifs aussi loin que possible. Par acquit de conscience, le *cantharide* et le *soufre* lui furent prescrits, par moi, pendant quelques semaines, nécessaires, d'ailleurs, pour étudier le problème de thérapeutique et prendre une résolution suprême; ce traitement, qui nous réussit si fréquemment dans les cas ordinaires, avait ici échoué complètement. Devrait-on essayer d'autres médicaments? Évidemment non. L'anatomie pathologique nous enseigne, en effet, que les épanchements pleuraux très-anciens constituent de véritables kystes presque aussi rebelles à la résorption des liquides que les kystes de l'ovaire. Si on ajoute que le poumon, comprimé depuis dix ans, fixé et aplati le long de la colonne vertébrale par des brides organisées depuis de longues années, devait encore rendre cette résorption plus difficile, on comprendra que nous n'ayons administré quelques médicaments que par acquit de conscience et pour nous donner le temps de prendre avec maturité un parti plus énergique.

Il y avait donc, disions-nous, *nécessité d'agir*. J'ajoute qu'on ne pouvait agir utilement qu'en évacuant le liquide par une intervention chirurgicale. Or, non-seu-

lement il y avait nécessité évidente de donner issue au liquide, qui par la compression du poumon et le déplacement du cœur, rendait l'hématose insuffisante ; mais le procédé à employer était lui-même indiqué. En effet, l'absence de fièvre et la longue durée de l'épanchement permettaient de croire à l'existence d'un liquide séreux ; la simple ponction, la thoracentèse était indiquée comme offrant une dernière chance de guérison.

L'auscultation et la percussion permettaient de constater que le poumon était refoulé en haut et en dedans, et que l'épanchement occupait les trois quarts de la cavité pleurale. Le cœur était fortement repoussé à droite, et sa pointe battait sous le sternum.

La percussion donnait un son parfaitement mat dans tous les points occupés par l'épanchement, et l'auscultation faisait entendre le souffle doux propre à la pleurésie.

Nous choisîmes, pour opérer la thoracentèse, l'instrument de Dieulafoy, et une première ponction fut pratiquée à la partie postérieure et externe, entre la sixième et la septième côte. Nous retirâmes environ un litre d'un liquide séreux, présentant l'aspect du bouillon de veau ; ce liquide contenait beaucoup d'albumine. Nous ne retirâmes qu'un litre de liquide, parce que le malade accusa, vers la fin de l'opération, des sensations de tiraillements extrêmement douloureux.

Après l'opération et les jours suivants, le malade accusa un grand mieux ; la respiration était plus facile, l'appétit et les forces revenaient.

Nous fîmes ainsi quatre ponctions dans l'espace de quinze jours ; nous retirâmes chaque fois un litre à un

litre et demi d'un liquide semblable à celui que nous avait donné la première opération. Le malade allait de mieux en mieux ; l'auscultation et la percussion nous permettaient de constater la réduction progressive de l'épanchement, et nous pouvions entrevoir le succès de notre entreprise.

Mais, le second jour après la quatrième ponction, le malade, toujours fort peu respectueux des règles de l'hygiène, sortit par un temps froid et humide ; il revint avec des frissons, et le lendemain nous le trouvions en proie à un violent mouvement fébrile.

L'état s'était encore aggravé le troisième et le quatrième jour après cette rechute : l'amaigrissement faisait des progrès rapides. Le malade sentait ses forces l'abandonner en même temps que la dyspnée allait croissante d'heure en heure, l'haleine du malade était devenue extrêmement fétide, le côté très-douloureux, et cette douleur s'aggravait par la pression. L'épanchement avait, en trois jours, reconquis tout le terrain que nous lui avions fait perdre. Nous avions donc là les signes incontestables de la transformation purulente de l'épanchement pleurétique. L'événement démontra la justesse de ce diagnostic.

Remarquons, avant d'aller plus loin, ce fait de la transformation purulente d'un épanchement séreux sous l'influence de ponctions prônées comme étant absolument inoffensives. On est habitué, depuis plusieurs années, à considérer la thoracentèse comme une opération sans aucun danger ; et le perfectionnement apporté au manuel opératoire par les instruments si ingénieux de Dieulafoy et de Potain, ont amené un véritable abus de la ponction de la cavité pleurale, de

telle sorte que la thoracentèse est devenue, pour un grand nombre de médecins, tout le traitement de la pleurésie, comme la trachéotomie est pour d'autres tout le traitement du croup.

La publication de ce fait, joint à ceux déjà si nombreux de morts arrivées quelques heures après l'opération, à la suite d'une décompression trop rapide du poumon et de l'œdème foudroyant qui en est la conséquence directe, sont bien faits pour inspirer une grande prudence aux médecins et leur rappeler que la fantaisie et la mode sont de tristes conseillers en thérapeutique.

Mais revenons à notre commentaire sur la définition que Galien nous a laissée de l'*indication*.

Qu'est-ce que nous devons faire vis-à-vis ce cas malheureux, et quelle indication tirer de la mort imminente par asphyxie et par les progrès de la fièvre de suppuration ? Y avait-il ici une nécessité évidente d'agir ? ou devons-nous abandonner la maladie aux efforts de la nature ?

Examinons d'abord cette dernière détermination.

La pleurésie purulente provoquée dans de semblables circonstances, et abandonnée à sa marche naturelle, devait, ou bien amener rapidement la mort du malade par la violence du mouvement fébrile, ou se terminer par l'ouverture de l'abcès intra-pleural. Or, cet abcès pouvait s'ouvrir à l'extérieur ou dans les bronches, ou même dans le péritoine. Sans s'ouvrir dans le péritoine, l'inflammation qui accompagne et prépare l'ouverture de tout abcès, pouvait se propager au péritoine et amener la mort par l'inflammation de cette grande séreuse,

et ces complications du côté du péritoine ne sont pas seulement des vues de l'esprit, des conceptions théoriques, elles ont déjà été observées un certain nombre de fois (1).

Ainsi la seule chance du salut qui restait à notre malade, l'ouverture naturelle de l'empyème à l'extérieur, se trouvait compromise autant par la lenteur de ce travail naturel que par la complication grave dont il est la source. Mais au moins une fois cette ouverture obtenue, notre malade était-il dans de bonnes conditions de guérison ?

Sans doute il existe bon nombre d'exemples d'empyème ouvert spontanément à l'extérieur du thorax, et même dans les bronches, terminés par la guérison complète du malade, mais les exemples d'épuisement du malade par la fièvre hectique et par tous les accidents qui accompagnent la corruption du pus sont infiniment plus nombreux. En effet, ces épanchements s'ouvrent presque constamment dans la région mammaire (2), c'est-à-dire dans un point beaucoup trop élevé pour que le pus puisse facilement s'écouler au dehors. L'ouverture, trop petite pour permettre un écoulement facile est suffisant, pour établir une communication facile avec l'air, et l'abcès se trouve dans les plus mauvaises conditions, étant ouvert trop haut, par

(1) Voir dans la Clinique d'Andral, obs. 20, t. IV, p. 480, et l'obs. 36, p. 542, même volume.

(2) Consultez encore dans la Clinique d'Andral l'observation 17, p. 464, t. IV, et surtout l'observation 36, p. 542.

Cette dernière observation offre à un autre point de vue un intérêt puissant. C'est en effet une observation incontestable et inconsciente de *diathèse purulente spontanée*.

une ouverture trop petite, en sorte que le pus stagne et se putréfie dans la cavité pleurale.

En résumé, si nous n'agissions pas, nous n'avions que deux alternatives : ou la mort du malade par la fièvre de suppuration, ou l'ouverture de l'abcès intra-pleural. Dans la dernière alternative, l'ouverture naturelle de l'abcès plaçait le malade dans des conditions bien plus mauvaises que l'ouverture artificielle ; il y avait donc ici *nécessité évidente d'une action déterminée* ; l'empyème, c'est-à-dire une large ouverture de la poitrine, était positivement indiqué. Nous ne discutâmes même pas la possibilité de vider l'abcès par des ponctions aspiratrices multipliées. La difficulté extrême d'obtenir le rapprochement du poumon et des côtes ne permettait pas de tenter un moyen, qui ne peut réussir qu'à la condition de réussir vite.

L'opération de l'empyème fut pratiquée à la partie la plus déclive de la poitrine et en rasant la face supérieure du diaphragme. La peau et les couches musculaires furent successivement incisées, et une fois qu'il eut pénétré dans la cavité pleurale, le chirurgien agrandit l'ouverture à l'aide d'un bistouri boutonné, et donna à son incision une longueur d'environ 10 centimètres. Un flot de pus grisâtre et fétide s'échappa par cette ouverture ; il s'en écoula au moins 2 litres. Une large compresse fut introduite dans la plaie en forme de mèche ; des injections extrêmement abondantes et alcoolisées furent faites trois fois par jour ; la fièvre tomba, l'appétit reparut, les forces revinrent, et l'*opération indiquée* produisit ainsi tout l'effet qu'on en avait attendu, résultat constant quand on se conforme strictement à la loi des indications.

Permettez-moi, avant de continuer cette leçon, de terminer ici, et comme entre parenthèse, l'histoire si intéressante de ce malade.

Ce malade resta encore trois mois à l'hôpital St-Jacques, soumis, comme traitement local, à des injections multipliées, tantôt avec de l'eau alcoolisée, tantôt avec de la teinture d'iode étendue de moitié d'eau; la santé se consolida lentement, et de jour en jour la cavité pleurale diminua de capacité, tant par le retrait des côtes que par l'expansion des poumons; il survint plusieurs fois un retour de fièvre, occasionné soit par les imprudences fréquentes du malade, soit par un lavage moins complet du foyer. Ces accidents furent combattus principalement par *arsenic* et *aconit*. Au commencement de la mauvaise saison, ce malade partit pour le Midi pour y compléter sa convalescence. Il en revint au mois de mai. Son état général est bon; il a beaucoup engraisé. Il n'a plus de fièvre, mais il porte toujours une fistule pleurale. Les côtes sont très-déprimées; l'épaule est fortement abaissée, et le malade se trouve penché du côté de la pleurésie. L'expansion pulmonaire s'entend presque partout; cependant il reste une zone de trois travers de doigt autour de la fistule, dans laquelle on n'entend rien. Le cœur est revenu à sa place.

Revu au mois de juillet 1873, ce malade a encore sa fistule, qui a rendu du sang en assez grande quantité une fois ou deux. Plus hypochondriaque que jamais, il se plaint de ses *vents*, mais il est plus fort, plus lesté, et il n'a ni toux, ni oppression.

Ces exemples suffisent amplement pour vous faire comprendre la définition de Galien. Maintenant le mot

indication a dans vos esprits un sens bien défini, et la thérapeutique d'inspiration et de fantaisie n'aura que vos mépris, car vous aurez pour vous guider dans le traitement des maladies une règle de conduite aussi claire qu'inflexible, la *nécessité d'une action déterminée*.

Nous connaissons donc maintenant le *médicament* et l'*indication* considérée en elle-même et comme loi générale de thérapeutique. Mais, quand nous arrivons à l'application, c'est-à-dire à fixer la règle qui doit préciser l'*action déterminée*, commandée par la nécessité évidente d'intervenir, nous nous trouvons en présence de deux lois : la *loi des contraires* et la *loi des semblables*.

La loi des contraires étant la plus universellement acceptée, c'est elle que nous exposerons la première. Cette loi repose sur deux formules qui se complètent l'une l'autre : *Contraria contrariis curantur*, et *Sublata causa, tollitur effectus*. Cette dernière formule a la forme et la valeur d'un axiome. Personne, en effet, n'a jamais contesté que, quand la cause était détruite, l'effet ne pouvait continuer à subsister ; et toutes les fois, en effet, qu'on a pu attaquer cette cause par son contraire, on est arrivé rapidement et sûrement à la guérison, *contraria contrariis curantur*.

Mais cette *cause* qu'il s'agit d'enlever, de détruire, ne peut être déterminée, définie, saisie, que dans la grande classe des maladies de *cause externe* : le traumatisme, les maladies parasitaires et les empoisonnements dans leur effet primitif. Tuez le parasite, expulsez ou antidotez le poison ; remettez une fracture, une luxation ; vous avez détruit la *cause* de la souffrance, et vous l'avez détruite par un contraire : *sublata causa, tollitur effectus*. Sur ce do-

maine la thérapeutique est d'une simplicité qui n'est égalee que par son efficacité. La chirurgie triomphe ici par la certitude de sa thérapeutique : ouvrir un abcès, lier une artère, enlever une tumeur, extraire un corps étranger, c'est souvent guérir le blessé ou le malade ; c'est toujours et à coup sûr remédier à une *lésion* importante.

Mais si nous abordons le terrain des vraies maladies, des maladies de cause interne, la loi *des contraires* n'est plus applicable.

La pathologie générale, en effet, nous enseigne que les circonstances extérieures, qui ont reçu le nom de *causes externes*, ne sont qu'une *condition* plus ou moins nécessaire, une *occasion* du développement des maladies ; mais que la cause véritable réside dans une *prédisposition spéciale, définie* de l'*organisme* ; que le froid, la fatigue, etc., peuvent favoriser le développement de la pneumonie, par exemple, mais seulement chez les individus prédisposés à la pneumonie, et que, dans certaines circonstances, la prédisposition suffit, en l'absence du froid et de la fatigue, au développement de cette maladie.

Or, comment voulez-vous que nous trouvions dans un médicament le *contraire* d'une disposition organique inconnue dans son essence ?

Aussi, la thérapeutique traditionnelle a-t-elle erré d'hypothèse en hypothèse, cherchant le *contraire* de la *cause prochaine* des maladies.

Pour les galénistes, la cause prochaine des maladies est dans un excès ou une intempérie des quatre humeurs. De là les médications évacuantes, destinées à éliminer la cause hypothétique des maladies. Les iatro-

chimistes ont cherché à neutraliser les *acides* et les *alcalins*, d'où venaient toutes les maladies. Pour les *solidistes*, il a fallu combattre l'*irritation* en plus ou l'*irritation* en moins : d'où l'indication des sangsues et des toniques ; et les partisans des *grands empoisonnements* morbides cherchent encore de nos jours les *antidotes* qui doivent guérir toutes les maladies.

Telles sont les hypothèses plus ou moins ingénieuses, plus ou moins absurdes, qui ont régné longtemps, et qui règnent encore aujourd'hui en thérapeutique. Si vous ajoutez que, jusqu'à la fin du siècle dernier, les médecins ignoraient complètement l'action positive des médicaments sur l'homme sain, et qu'ils ne possédaient sur ce point si important de matière médicale que des notions hypothétiques, vous aurez une idée assez juste de ce que pouvait être le traitement des maladies, reposant presque uniquement sur des indications hypothétiques, remplies par les vertus imaginaires des médicaments, et vous comprendrez le mépris dans lequel étaient tombées la thérapeutique et la matière médicale avant la réforme de Hahnemann. C'est avec raison que nous avons caractérisé la thérapeutique allopathique par ces vers de Scaron :

Je vis l'ombre d'un valet,
Qui, de l'ombre d'une brosse,
Frottait l'ombre d'un carrosse.

L'ombre de la brosse, c'est la vertu imaginaire du médicament, et l'ombre du carrosse, c'est la cause hypothétique de la maladie.

Il est inutile d'insister. La loi des contraires, la *sublata causa*, est inapplicable au traitement des maladies de cause interne.

La *loi des semblables* se formule ainsi : « Appliquer au traitement d'un état morbide déterminé le médicament qui produit chez l'homme sain un ensemble de symptômes et de lésions analogues à cet état morbide. »

Cette loi, vous le voyez, suppose connue l'action des médicaments sur l'homme sain ; elle s'appuie donc sur une base expérimentale, et, comme son application repose entièrement sur cette connaissance positive et sur la constatation clinique des symptômes et des lésions de la maladie à traiter ; comme elle n'a besoin d'aucune hypothèse pour s'appliquer, nous sommes autorisé à conclure que la *loi des semblables* est la *loi des indications positives*.

La nécessité, pour l'application de la loi des semblables, de la connaissance de l'action des médicaments sur l'homme sain vous explique pourquoi cette loi est restée sans application jusqu'à Hahnemann. Il fallait que l'étude expérimentale de la matière médicale fût déjà avancée pour que le médecin pût appliquer la loi du *simile*. C'est pourquoi Hahnemann, qui a inauguré sur une grande échelle l'étude de la matière médicale expérimentale, est vraiment le fondateur de l'homœopathie, et que Paracelse, Van Helmont et Hunter ne doivent être considérés que comme ses précurseurs, puisque, ignorant la matière médicale, ils ne pouvaient pas appliquer la loi de similitude.

Mais la loi des semblables ne suffit pas au choix du médicament, et, au chapitre I^{er}, nous avons dit quel était le rôle légitime de l'empirisme et de la médication palliative dans la thérapeutique ; enfin, au chapitre XIII, nous nous sommes efforcé de préciser et de fixer les droits de l'expérimentation clinique pour le choix du médicament.

QUINZIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — De l'hémoptysie. — Observations. — Qu'est-ce que l'hémoptysie ? — Diagnostic différentiel de l'hémoptysie, de l'hématémèse et de l'épistaxis. — Des variétés de l'hémoptysie et de leur valeur séméiotique. — Des indications thérapeutiques tirées de l'hémoptysie ; ligature des membres ; glace et froid ; *aconitum*, *arnica*, *millefolium*, *Ledum palustre*, *ferrum perchloricum*, *ipeca*, *phosphorus*, *hamamelis*, *nux vomica*. — Du traitement allopathique de l'hémoptysie. — L'hémoptysie n'est jamais cause de phthisie ; erreur de Niemeyer.

Nous venons de voir, au n° 4 de la salle des hommes, un cas extrêmement grave ; c'est une hémoptysie violente survenue chez un jeune homme qui présente tous les signes d'une phthisie au début. Voici l'observation détaillée :

OBS. XLIII. — *Phthisie*. — *Hémoptysies abondantes*.

M. L...., artiste peintre, âgé de 21 ans, entré le 9 décembre, sorti le 11 janvier. (Salle des hommes, n° 4.)

Ce jeune homme, d'une constitution chétive et délicate, à la peau fine et transparente, à la carnation éclatante, ne présente aucun antécédent héréditaire ; ses parents vivent encore et sont bien portants.

Quoique le malade ne fasse remonter le début de l'affection qui l'amène dans nos salles qu'à trois mois, il nous raconte cependant que depuis neuf ans sa respiration ne s'exécutait pas très-facilement. A cette épo-

que, il eut une pneumonie ou une pleurésie du côté gauche, dont la durée fut, au dire du malade, de deux à trois mois. Sa santé générale, néanmoins, resta assez bonne jusque il y a trois mois environ.

Depuis ce moment il se mit à tousser. Cette toux était sèche, et revenait par quintes, principalement la nuit. Cependant, l'appétit et les forces persistent, et le malade n'avait aucun signe de fièvre.

Le 24 novembre, à la suite d'une quinte de toux plus forte que d'habitude, il commença à vomir du sang à pleine bouche. Ces crachements de sang se répétèrent presque tous les jours pendant les deux semaines qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Il perdit ainsi plus de 2 litres de sang.

Aujourd'hui, le malade est d'une faiblesse extrême. Le pouls est petit et fréquent. Il y a peu de chaleur à la peau; l'appétit est nul.

A l'auscultation, nécessairement incomplète, on trouve quelques râles humides à gauche dans les inspirations profondes. Le cœur est parfaitement sain. Le malade ne tousse presque pas, et il y a à peine quelques crachats muqueux teints de sang.

On prescrit : *millefolium*, 3°, 3 gouttes dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les trois heures. Régime lacté.

14 décembre. Le malade n'a pas craché de sang pur depuis qu'il se trouve dans nos salles. La fièvre a disparu. *Ipecâ*, 3°, contre la toux avec crachats sangui-nolents. On permet en même temps au malade de prendre des potages.

Le 16. Les forces sont revenues en partie, ainsi que l'appétit. Les quelques crachats que le malade a expec-

torés sont arrondis, blancs et un peu plus opaques. *Phosphorus*, 12^e, 4 globules dans 200 gr. d'eau, trois cuillerées par jour.

Le 18. L'état général du malade s'améliore de jour en jour. La toux est beaucoup moindre. *Phosphorus*, 12^e. On le maintient au régime maigre avec de la bière pour boisson.

Le 21. Le malade allant tout à fait bien, on suspend toute médication.

Le 23. Ce matin, il y a quelques *crachats sanguinolents*. *Phosphorus*, 12^e.

Le 26. En toussant, le malade se plaint d'un point douloureux siégeant dans le troisième espace intercostal gauche. *Bryone*, 3^e, 3 gouttes.

Le 30. Le point de côté a complètement cédé. La toux a considérablement diminué. Les digestions se faisant assez mal, et l'appétit étant beaucoup moindre que les jours précédents, on prescrit *nux vom.*, 12^e, une heure avant le repas, et *graphites*, 12^e, une heure après.

3 janvier. Les troubles digestifs ont disparu sous l'influence de ces derniers médicaments. L'appétit est excellent.

On suspend *nux vom.* et *graphites*, et on donne *bryone*, 3^e, pour le point de côté qui est revenu, mais cependant avec moins de violence que la première fois. Le malade sort le 11 janvier en très-bon état.

Voici ce que l'examen du malade, au moment de son départ, nous révèle :

La percussion rend un son relativement mat aux deux sommets, mais surtout à gauche. La respiration est obscure, et ne s'entend que très-difficilement du côté gauche et en arrière. Du reste, le malade est considéra-

blement engraisé; les forces sont revenues et il tousse à peine. Je lui permets de manger de la viande trois fois par semaine et à un seul repas; il continuera à boire de la bière.

J'ai revu ce jeune homme le 15 mars; il allait très-bien.

Ce malade avait été soigné chez lui par *millefolium*, et il est arrivé dans nos salles tout à fait à la fin de son hémoptysie. C'est pourquoi je veux vous rapporter l'histoire d'un cas emprunté à ma pratique privée, et dans lequel *ipéca* et *millefolium* m'ont rendu de grands services. Ce second cas, du reste, nous sera utile pour faire l'histoire clinique de l'hémoptysie, et démontrer que le pronostic si grave qu'en attache généralement à ce symptôme ne doit pas être absolu.

OBSERVATION XLIV. — *Hémoptysie*.

M. L...., employé dans une grande administration, est âgé de 24 ans. Il a déjà eu plusieurs affections scrofuleuses, et tout dernièrement, il a été atteint de scrofulides du front qui ont laissé des traces indélébiles; il est d'un tempérament très-nerveux, et présente quelques symptômes d'hystérie. Son teint est pâle, sa taille élancée; il tousse quelquefois sans que cette toux ait un caractère bien prononcé; il était sujet aux épistaxis dans son enfance.

Au mois de mars de l'année 1870, il fut pris, pendant la nuit, de quintes de toux répétées, avec expectoration très-abondante d'un sang rutilant et écumeux. Cette hémoptysie se montra plusieurs fois en huit jours, mais jamais aussi abondante que la première fois; puis, après une semaine, il ne resta plus qu'une toux grasse,

facile, assez fréquente, avec expectoration de crachats d'abord composés de sang noirâtre, chocolat, puis muqueux, teintés encore pendant quelques jours par une proportion variable de sang. Nous fûmes très-réservé sur l'auscultation pendant l'hémoptysie; nous constatâmes seulement des râles humides dans la poitrine, et un état parfaitement physiologique du cœur et des gros vaisseaux.

Au début, mon collègue, le Dr Fredault, appelé en mon absence, prescrivit : *ipéca*, 3^e, et *millefolium*, 3^e. deux potions avec 3 gouttes de médicament pour 150 grammes d'eau; alterner une cuillerée toutes les heures, puis toutes les deux heures.

Nous maintînmes cette prescription. Le lendemain matin, nous y ajoutâmes le régime froid et lacté, et nous recommandâmes un repos et un silence absolus.

Ipéca et *millefolium* furent continués tant que les crachats présentèrent des portions de sang vif; plus tard, quand les crachats chocolat et rouillés remplacèrent l'hémoptysie, nous prescrivîmes : *phosphorus*, 12^e, 6 globules dans 200 grammes d'eau, de trois à six cuillerées par jour.

Longtemps le malade fut maintenu à la chambre, au lait et au silence; nous ajoutâmes au régime lacté le régime maigre et la bière pour boisson, et nous eûmes la satisfaction de voir notre malade complètement rétabli, dans le courant du mois de juin.

A ce moment, il fut ausculté avec soin par moi et par un médecin consultant, et nous ne trouvâmes aucun signe positif de tuberculisation. Le malade fit un traitement hydrothérapique à Bellevue, et depuis six ans il n'a présenté aucun signe d'affection pulmonaire; en

revanche, il a offert l'évolution de plusieurs affections scrofuleuses, un mal de gorge avec ulcération des piliers antérieurs du voile du palais; un commencement d'ostéite des os propres du nez et un abcès froid du périnée. Ces diverses affections ont cédé avec une rapidité singulière à l'*iodure de potassium*, à la dose de 1 gramme 50 par jour, et ce résultat, joint aux caractères de l'affection de la gorge et de celle des os propres du nez, nous a fortement incliné à croire qu'il y avait là une affection syphilitique; mais le jeune homme a nié obstinément l'existence de symptômes primitifs quelconques.

Ces deux cas démontrent bien que le pronostic général des hémoptysies même abondantes, même chez les jeunes gens, n'est pas toujours aussi grave qu'on l'a dit, mais ils nous permettent de tirer encore quelques autres conclusions cliniques et thérapeutiques qu'il importe maintenant de préciser.

Je donne le nom d'*hémoptysie* à un syndrome caractérisé par l'écoulement au dehors de sang pur provenant des voies respiratoires inférieures, que ce sang soit craché ou vomi à flot.

Ce qui nous a permis dans les deux cas dont nous venons de rapporter l'histoire, de poser sans hésitation le diagnostic *hémoptysie*, et d'affirmer ainsi que le sang rendu par le malade ne venait, ni des fosses nasales, *épistaxis*, ni de l'estomac, *hématémèse*; c'est que nous avons trouvé réuni chez ces malades, avant, pendant et après l'hémorrhagie, les signes positifs de l'hémoptysie. Avant l'hémorrhagie, la toux; pendant, l'expuition d'un sang vermeil et écumeux; après,

l'expectoration d'un sang brunâtre ayant séjourné plus ou moins longtemps dans les bronches. La toux indiquait que l'organe malade était le poumon, les crachats vermeils et écumeux que le sang avait été battu avec l'air, et par conséquent qu'il venait des bronches ; enfin cette expectoration brunâtre qui a suivi pendant plusieurs jours le crachement de sang, constituait une preuve de plus et démontrait à lui seul le siège primitif de l'hémorrhagie.

Mais le cas n'est pas toujours aussi simple ; ainsi une épistaxis très-abondante, *si elle survient pendant le sommeil* peut être accompagnée de la pénétration inconsciente d'une certaine quantité de sang dans les voies respiratoires, et suivi de l'expectoration de ce sang ; mais le sang qui pénètre ainsi dans les voies respiratoires inférieures est toujours en très-petite quantité, le saignement de nez est toujours abondant et facile à constater. Il suffit en effet de faire moucher le malade pour être certain que le sang vient des fosses nasales, puisqu'il est mêlé au mucus nasal. Ajoutons que ce sont les chercheurs de quintessence en séméiotique qui ont attaché de l'importance à ce diagnostic différentiel, car lorsque le sang s'écoule trop abondamment des fosses nasales chez un malade qui reste couché, ou chez lequel on a fait le tamponnement des ouvertures antérieures des fosses nasales, c'est dans l'estomac que pénètre le sang. Plus tard il peut être vomé et rendu par les selles, et pourrait être pris, par un observateur inattentif, pour une *hématémèse*.

On a aussi fait le diagnostic différentiel de l'hémoptysie et de l'*hématémèse* : il est vrai qu'il y a des hémop-

ptysies dans lesquelles le sang est un peu foncé ; ajoutons que dans un accès de toux convulsif ces hémoptysies peuvent s'accompagner de vomissements alimentaires ; que le sang de la pneumorrhagie venant trop abondamment, peut pénétrer dans l'estomac et être expulsé par le vomissement, et être altéré par le suc gastrique ; qu'entin le lendemain le surplus de ce sang peut être rendu par les selles, on aura là évidemment des causes d'erreurs, mais ajoutons qu'elles sont accumulées comme à plaisir, et que toutes ces obscurités ne se rencontrent guère dans la pratique. Toutefois, rappelons en quelques lignes les caractères différentiels de l'hémoptysie et de l'hématémèse.

Dans l'hémoptysie, le sang est habituellement sans caillots, rutilant et écumeux ; quand il est plus foncé et qu'il présente des petits caillots, l'hémoptysie est liée à l'existence d'une affection mitrale ou d'une caverne tuberculeuse, lésions qu'il n'est pas possible de méconnaître. Le médecin praticien n'aura donc aucune hésitation sur la source d'où provient l'hémorrhagie, dans les cas où la couleur un peu foncée du sang et la présence de quelques caillots pourraient faire penser à l'hématémèse.

Dans l'hématémèse, le vomissement du sang est précédé d'un état nauséux et de la sensation d'un poids dans l'estomac ; ces deux symptômes ont une grande valeur pour le diagnostic différentiel ; le sang est habituellement noir et en caillot mélangé à des aliments ; il sort par un effort de vomissements. Si quelques parties de matière vomie pénètrent dans la trachée, il surviendra une toux quinteuse plus ou moins durable. Mais l'époque de l'apparition de cette toux est fort im-

portante, c'est un symptôme qui survient pendant le *vomissement*, et dont il est facile de suivre le mécanisme, elle ne pourra donc pas égarer le diagnostic.

Il y a un dernier caractère qui, dans les cas douteux, devrait être recherché, c'est l'alcalinité ou l'acidité du sang. Le sang rendu par une hémoptysie conserve l'alcalinité qui lui est propre, tandis que le sang qui vient de l'estomac est plus ou moins altéré par le suc gastrique, et devient acide.

Enfin, si le médecin remonte du symptôme à la maladie, comme le prescrit la séméiotique, il trouvera dans l'hémoptysie des maladies faciles à reconnaître : la phthisie pulmonaire, l'affection de la valvule mitrale, un anévrysme de l'aorte.

L'hématémèse permettra le plus souvent de constater l'existence soit d'un cancer de l'estomac, soit d'un ulcère simple de cet organe, et le diagnostic aura acquis une précision mathématique.

Il n'y a guère que dans les hémorrhagies *supplémentaires* et dans celles qui sont symptomatiques du purpura ou d'une fièvre grave, que le diagnostic puisse rencontrer de sérieuses difficultés, d'autant plus que plusieurs hémorrhagies peuvent survenir simultanément. Dans ces cas, les signes de l'épistaxis, de l'hémoptysie et de l'hématémèse se trouvent plus ou moins mélangés, plus ou moins effacés, et l'erreur est possible. Ajoutons qu'ici elle n'a pas grand inconvénient, puisque le pronostic comme le traitement se trouvent, dans ces cas, bien plus subordonnés à la maladie elle-même qu'à l'un de ses symptômes.

Maintenant que nous avons bien précisé le symptôme

hémoptysie et que nous l'avons nettement distingué des hémorrhagies qui pourraient être confondues avec lui, examinons sa valeur séméiotique et les indications thérapeutiques qui en découlent.

L'hémoptysie présente cinq variétés principales :

A. *Hémoptysie foudroyante*. — Le sang est rutilant, il s'échappe à flot par la bouche et par le nez; il remplit les bronches, pénètre dans l'estomac, et le malade périt par syncope. C'est le symptôme de la rupture d'un anévrysme de l'aorte.

Cette hémoptysie foudroyante s'observe encore dans les cas de phthisie tuberculeuse, quelquefois au début et le plus souvent pendant la période d'état de la maladie.

L'hémoptysie abondante présente deux variétés :

a. 1^{re} *sous-variété*. — Le sang est rutilant et écumeux. Il est expulsé par la toux et par une sorte de vomissement; en quelques minutes le malade perd 200, 300, 500 grammes de sang; et, après un repos variant d'un quart d'heure à quelques heures, l'hémorrhagie recommence. La mort peut encore survenir par syncope après quelques heures. Mais le plus souvent les malades résistent et l'hémorrhagie s'arrête. Cette variété est presque toujours symptomatique de la phthisie pulmonaire, tantôt comme symptôme initial, tantôt comme symptôme de la période d'état.

Cette même variété d'hémoptysie se retrouve encore dans les cas d'hémorrhagie supplémentaire.

Enfin on observe cette forme d'hémoptysie comme maladie essentielle. Dans ce cas, elle se reproduit ha-

bituellement plusieurs fois pendant la vie des malades et reste rarement à l'état d'accès isolé.

b. 2^e sous-variété. — Le sang est toujours abondant, mais il est beaucoup plus foncé que dans le cas précédent et à peine écumeux, c'est le signe habituel d'une affection de la valvule mitrale et aussi, d'après Niemeyer, de la rupture d'une artère dans une cavité tuberculeuse. C'est aussi le caractère des hémoptysies des fièvres graves, à forme hémorrhagique : variole ou scarlatine, et purpura.

B. Hémoptysie petite. — Cette variété présente aussi une sous-division.

a. 1^{re} sous-variété. — Le sang est rutilant, écumeux, mais expectoré par crachats isolés. C'est l'hémoptysie de la phthisie pulmonaire à sa période d'état.

b. 2^e sous-variété. — Le sang est expectoré par crachats isolés, mais il est foncé et non écumeux. C'est le signe d'une affection du cœur ; nous avons même rencontré cette variété dans le catarrhe chronique avec broncheectasie.

c. 3^e sous-variété. — Crachats sanguinolents, mais cependant non combinés avec le mucus comme dans la pneumonie. Quand ces crachats sont *visqueux*, ils sont le signe certain d'une congestion pulmonaire symptomatique d'une affection du cœur ou de l'aorte ; quand ils sont *diffluents*, ils se rattachent soit à la phthisie, soit au catarrhe chronique.

4^e Hémoptysie périodique et hémoptysies habituelles. — Indépendamment des variétés d'hémoptysie fondées

sur l'abondance et la couleur du sang expectoré, la sémiotique distingue encore des variétés dépendantes de la durée et du type de l'hémorrhagie.

Ainsi, les hémoptysies *récurrentes*, c'est-à-dire symptomatiques de l'aménorrhée, apparaissent, comme les règles, à époque fixe chaque mois. Ainsi, dans la forme de phthisie pulmonaire que nous avons appelée *hémoptoïque*, les crachements de sang deviennent *habituels*, et on observe des malades qui ont des hémoptysies presque quotidiennes pendant deux ou trois mois. Il faut tenir grand compte de ces deux variétés, *périodiques* et *habituelles*, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du traitement.

Indications thérapeutiques tirées des diverses variétés de l'hémoptysie. — Quand l'hémoptysie est *fulgurante*, il n'y a pas à songer à une action médicamenteuse, on doit redresser le malade, le tenir près d'une fenêtre ouverte et pratiquer la ligature des membres à l'aide d'une bande un peu large placée à leur racine comme pour faire la saignée. Si ce moyen réussissait, on ne relâcherait les bandes que successivement et progressivement, car la grande quantité de sang retenu dans les membres par cette ligature venant à rentrer tout à coup dans la circulation pourrait reproduire l'hémorrhagie. En même temps on doit appliquer de la glace sur la poitrine, ou à son défaut, une serviette fortement mouillée d'eau froide et sans cesse renouvelée. L'*arnica* serait le remède principal si on avait le temps de l'appliquer.

Dans les hémoptysies moyennes composées de sang rouge et écumeux, *ipéca*, *millefolium*, *ledum palustre* et *aconitum*, sont les médicaments principaux.

Quand le sang est noir, *hamamelis* est un médicament précieux, ainsi qu'*arnica* et *digitalis*.

On doit joindre à l'usage des médicaments les moyens hygiéniques déjà indiqués au paragraphe précédent; et sur lesquelles nous reviendrons.

Dans les *petites hémoptysies*, *millefolium* et *aconitum* sont encore les médicaments principaux quand le sang est rutilant, et *uva comica* quand le sang est noir.

Phosphorus est le médicament principal dans les hémoptysies qui sont liées aux fièvres graves.

Ferrum perchloricum a été donné d'une manière empirique contre les hémoptysies abondantes et rebelles, mais presque toujours à fortes doses, 15 et 20 gouttes, de perchlorure à 45° dans une potion de 200 grammes. Il nous a donné quelques succès dans l'*hémoptysie habituelle*.

Reprenons maintenant chacun de ces médicaments et tâchons, à l'aide de la matière médicale pure et de la clinique, d'en fixer les indications.

Aconitum est le médicament des congestions et des hémorrhagies dites actives. Le sang est rouge, écumeux et abondant, avec une toux incessante. La poitrine est le siège d'une chaleur et d'un bouillonnement caractéristique; la face est rouge, les yeux brillants, le pouls précipité et dur; le malade anxieux.

Hartman le recommande encore dans un état opposé de la circulation: « Pouls faible, filiforme, à peine sensible; face pâle exprimant l'angoisse. »

L'*aconit* a été souvent employé avec succès dans l'hémoptysie tuberculeuse, dans celle qui accompagne les affections du cœur et pendant la grossesse; pour

nous, la caractéristique de ce médicament se tire des symptômes de congestion active dans les poumons, de l'anxiété, de l'agitation, et des deux états du pouls signalés plus haut. Nous prescrivons les basses dilutions, répétées très-souvent dans les hémoptysies abondantes, et nous éloignons les doses à mesure que les accidents diminuent.

Arnica est un médicament populaire. il est principalement indiqué pour une hémoptysie abondante, composée de sang noirâtre avec caillots. L'état lypothimique ne fait que confirmer son emploi.

Il convient surtout dans les hémoptysies liées aux affections du cœur ou au traumatisme. La 6^e dilution est celle qui a été le plus souvent employée. J'ai prescrit la teinture mère avec un succès relatif.

Millefolium est peut-être le médicament le plus employé dans le traitement de l'hémoptysie. C'est par excellence un médicament fidèle ; ce qui veut dire qu'il justifie presque toujours les indications fournies par la matière médicale.

Le millefeuilles est un médicament très-anciennement connu. D'après Cazin (1), cette plante contient beaucoup de principes résineux. Elle a la propriété de faire venir les règles et les lochies, et d'augmenter les premières quand elles coulent déjà. Malgré cela, cet auteur, homœopathe sans le savoir, prescrit le millefeuilles contre les hémorrhagies.

Le *millefolium* est surtout indiqué contre les hémoptysies moyennes et petites des tuberculeux. Le sang est

(1) Traité des plantes médicinales indigènes.

rouge, écumeux et est expectoré sans grand effort de toux ; on l'alterne souvent avec *ipeca*.

On a également employé avec succès le *millefolium* dans les hémoptysies cardiaques et dans les hémoptysies supplémentaires.

Ledum palustre, ou romarin sauvage. C'est une plante qui contient beaucoup de principes résineux ; elle est surtout employée, en dehors de l'homœopathie, au tannage des cuirs, et donne aux cuirs de Russie cette odeur particulière qui les fait rechercher pour la fabrication des petits objets de luxe : portemonnaies, buvards, etc. Cette plante est hémorrhagipare, elle doit donc être efficace dans le traitement des hémorrhagies.

Le *ledum* est indiqué par une hémoptysie abondante de sang rouge et écumeux, accompagné d'une toux violente avec quintes, et provoqué par un chatouillement dans la trachée-artère et dans le larynx ; le sang est rouge et le pouls fort.

Ipeca, dont la vertu curative des hémorrhagies a d'abord été constatée dans le traitement de la dysentérie, convient dans les hémoptysies abondantes précédées d'un bouillonnement dans la poitrine.

L'observation nous a appris qu'il était bon d'alterner ce médicament avec *millefolium*. Nous donnons les basses dilutions. Indépendamment de la médication, il y a des indications hygiéniques qu'il faut remplir et que nous rappelons ici.

Une chambre bien aérée et pas trop chaude, la situation élevée de la tête et de la poitrine, les pieds chauds, les aliments et les boissons froides, le régime lacté, s'il est supporté par la malade, ou au moins

le régime maigre, constituent des adjuvants très-utiles.

Un mot maintenant du traitement de l'hémoptysie dans l'école allopathique, et c'est par là que je veux terminer cette leçon.

Tout d'abord, et sans parti pris, on est frappé de l'extrême pauvreté de la thérapeutique officielle et de l'absence d'indications. En dehors de l'ergotine et du perchlorure de fer prescrits empiriquement, qu'avez-vous à opposer à l'hémoptysie? Un seul médicament, l'ipécacuanha, préconisé par Trousseau, qui, en cette circonstance, comme dans bien d'autres, ne s'est pas gêné pour emprunter aux homœopathes un de leurs médicaments. Ajoutons qu'il le prescrivait à dose vomitive, et fatiguait ainsi fort inutilement les malades; car si ce n'est pas l'action de l'ipéca, mais celle d'un vomitif qu'il recherchait, pourquoi ne pas donner indifféremment l'émétique ou le sulfate de cuivre?

En terminant cette leçon sur l'hémoptysie, nous devons examiner une question de pathogénie qui a été soulevée à nouveau par Niemeyer.

La fréquence de l'hémoptysie comme phénomène précurseur de la phthisie avait accrédité chez les anciens l'opinion que cette maladie était souvent la suite de l'hémorrhagie pulmonaire. Dans cette pathogénie, l'hémoptysie s'accompagnait d'une lésion, d'une *plaie* du poumon, et cette plaie était l'origine de l'ulcère qui caractérisait la phthisie. Hoffmann et Morton décrivaient la phthisie *ab hæmoptoe*. Cette doctrine fut renversée par Bayle et Laënnec, et la question paraissait définitivement résolue, quand Niemeyer reprit cette vieillerie et

essaya de lui donner une nouvelle vogue. Ce médecin professe que, dans les hémoptysies, il reste une certaine quantité de sang dans les derniers ramuscules bronchiques et dans les vésicules pulmonaires. Il affirme que ce sang devient une cause puissante d'*irritation* pour ces organes; que cette irritation est l'origine d'une pneumonie caséuse, et par conséquent que l'hémoptysie est bien, dans ces cas, l'origine, la cause de la phthisie pulmonaire.

Jaccoud qui, trop souvent, a eu le tort de se laisser prendre à une opinion parce qu'elle se présentait avec l'estampille allemande, affirme, dans sa *Clinique médicale* (1), qu'au point de vue de la pathogénie de la phthisie, il faut distinguer dans les hémorrhagies broncho-pulmonaires celles qui se terminent brusquement et dans lesquelles les derniers crachats sont encore composés de sang rutilant, et celles qui sont suivies pendant plusieurs jours de crachats brunâtres composés de sang altéré par son séjour dans les bronches. C'est, d'après Jaccoud, cette dernière forme d'hémoptysie qui serait suivie de phthisie pulmonaire, parce qu'elle laisserait dans les radicules bronchiques une certaine quantité de sang décomposé.

L'opinion de Niemeyer renferme autant d'hypothèses et d'erreurs que d'affirmations.

« Il reste du sang dans les bronches et dans les vésicules pulmonaires. » Cette affirmation, purement hypothétique, est contraire à ce que nous savons de la physiologie des bronches. Le sang de cette pneumorrhagie pulmonaire, que Laënnec a dénommée *apoplexie pulmonaire*, seul reste infiltré dans les vésicules et le

(1) T. II, p. 29 et suiv.

tissu pulmonaire. Mais quand le sang n'est pas infiltré dans le poumon, quand il est versé dans les bronches, il est expulsé et rejeté par l'expectoration au bout de quelques jours, comme le mucus et tous les corps étrangers contenus dans les bronches.

« Ce sang devient une cause d'irritation ou de pneumonie caséuse. » C'est encore là une pure hypothèse, il n'est pas démontré que le sang soit une cause d'irritation pour les bronches, et si les *infarctus* de l'apoplexie deviennent *quelquefois* le point de départ d'une inflammation du poumon, il faut tenir compte de la *déchirure* du tissu. Enfin, il y a un abîme entre ces deux propositions : le sang contenu dans les bronches est une cause d'irritation, et celle-ci, cette irritation produit une pneumonie caséuse. Cependant Niemeyer conclut effrontément de l'une à l'autre, sans même élaborer un commencement de preuve; ce qui était nécessaire, car l'observation nous enseigne que, dans les cas où les noyaux d'apoplexie pulmonaire deviennent le point de départ d'une inflammation, cette inflammation n'a que trois terminaisons : la résolution, la suppuration ou la gangrène.

La terminaison par pneumonie caséuse est donc purement hypothétique.

Enfin, la distinction établie par Jaccoud entre les hémoptysies qui se terminent brusquement et celles qui sont suivies pendant plusieurs jours de l'expectoration d'un sang brunâtre et altéré, tient à une observation clinique évidemment influencée et obscurcie par une préoccupation théorique. Nous avons vainement recherché, depuis plusieurs années, ce cas d'hémoptysie qui s'arrête brusquement, et, du reste,

nous ne comprenons guère que les bronches puissent ainsi se débarrasser complètement et instantanément, du sang qui s'y est épanché. Il est, d'ailleurs, parfaitement inutile de rechercher cette rareté pathologique, puisque dans les deux observations qui servent de base à cette leçon, nous avons précisément deux exemples d'hémytopies suivies, pendant plusieurs jours, d'expectoration d'un sang brunâtre et altéré, et cependant nous avons pu constater qu'il n'y avait eu chez nos malades ni symptômes d'*irritation*, ni pneumonie caséreuse, ni même, marche rapide de la phthisie, dont ces hémorrhagies étaient cependant incontestablement un symptôme, au moins dans le premier cas.

Concluons donc que la tentative de Niemeyer pour reconstituer les phthisies *ab hæmoptoe*, est aussi peu fondée que sa fameuse théorie de la *pneumonie caséreuse* ou tuberculeuse. Ce sont deux erreurs dont il est fâcheux d'avoir encombré le terrain de la phthisie pulmonaire, si bien débarrassé par Laënnec.

SEIZIÈME LEÇON.

SOMMAIRE : Hémorroïdes ; observation. — Les hémorroïdes sont-elles seulement des varices, des veines hémorroïdales, ou constituent-elles une maladie ? — Rapport de l'affection hémorroïdaire et de la goutte. — Hémorroïdes avec grandes hémorrhagies. — Indications de nux vomica, sulfur, æsculus hypocastaneum, hamamelis, mille folium, ferrum perchloricum, aloès, acides phosphorique et muriatique, arsenic, carbo vegetabilis, capsicum, collinsonia, sedum acre.

Nous avons encore, dans nos salles, un homme entré pour des hémorrhagies hémorroïdaires inquiétantes par leur abondance et leur continuité. Vous avez pu juger, dans ce cas, de l'efficacité du traitement homœopathique, et la guérison rapide de cet homme par hamamelis est une démonstration de la vérité de la loi de *similitude*, et de l'action des doses infinitésimales qui, je l'espère, ne sera pas perdue pour vous. Voici l'histoire de cet homme :

OBS. XLV. — *Hémorroïdes compliquées d'hémorrhagies abondantes. — Anémie consécutive. — Guérison par hamamelis.*

M. F....., âgé de 50 ans, cocher, est entré le 17 décembre 1874, à l'hôpital Saint-Jacques, lit n° 5, et sorti le 18 janvier.

Depuis l'âge de 15 ans, cet homme est affecté d'hémorroïdes. Il perdait du sang de temps en temps en allant à la garde-robe. Ces pertes de sang, quoique répétées, ne l'affaiblissaient cependant pas, et sa santé générale resta assez bonne jusques il y a environ six mois.

A ce moment, et sans cause connue, un flux hémor-

rhoïdal presque continu s'établit. Dès que le malade faisait un mouvement, le sang partait en assez grande abondance. Même au repos, cet homme avait sans cesse au fondement un suintement sanguinolent.

En entrant dans notre service, il présente tous les signes d'une anémie profonde.

Le malade se plaint d'avoir perdu presque toutes ses forces.

L'appétit, néanmoins, est conservé.

Au pourtour de l'anus, on constate un bourrelet assez volumineux d'hémorrhoides.

On prescrit *hamamelis*, 3°.

Le 19. Le malade va déjà un peu mieux. Il perd toujours un peu de sang en allant à la selle. *Dito*.

Le 24. Il n'y a plus d'écoulement pendant que le malade est au repos. *Hamamelis*, 3°.

Le 27. Le malade va beaucoup mieux. Depuis qu'il se trouve dans nos salles, il n'a perdu qu'une minime quantité de sang. On prescrit *perchl. de fer*, 6°.

Le 30. Le malade a perdu, pendant la nuit, une petite quantité de sang. On continue le même médicament.

2 janvier. Depuis qu'il prend *perchl. de fer*, le malade se trouve moins bien. Hier, dans la journée, le malade a eu de nombreux besoins d'aller à la garde-robe, et chaque fois il a rendu une certaine quantité de sang. On revient à *hamamelis*, 6°.

Le 6. Sous l'influence de ce dernier médicament, il se produit de nouveau une grande amélioration. Le malade peut se lever et marcher sans perdre de sang. *Hamamelis*, 30°.

Le 8. Le mieux se maintient, et on suspend toute médication.

Le 10. Les deux jours précédents, le malade a eu encore quelques pertes, mais en moins grande quantité que les premiers jours. *Dito*.

Le 12. Le malade continue à aller bien. A peine y a-t-il quelque suintement sanguin au moment des garde-robes. On lui redonne *hamamelis*, 3^e, qu'il prend jusqu'au jour de son départ; il nous quitte tout à fait guéri.

Le malade avait promis de nous écrire si ses hémorrhagies reparaissaient; nous n'avons plus eu de ses nouvelles (1).

A propos de ce cas, je dois vous parler un instant de cette question des hémorrhoïdes. C'est un sujet très-difficile à aborder, et sur lequel vous ne rencontrez que des renseignements contradictoires. Nous trouvons, dans la tradition médicale, deux appréciations tout à fait différentes, et qui se sont perpétuées l'une et l'autre depuis Galien jusqu'à nos jours. Pour les uns, et je trouve dans cette catégorie la plupart des maîtres de notre art, les Stall, les Sydenham, j'en passe et des plus illustres, la *maladie hémorrhoïdaire* était considérée comme une maladie *totius substantivæ*, dont les *varices rectales* n'étaient qu'un symptôme. Pour les autres, de Boerhaave à Virchow, en passant par M. Gosselin, votre professeur, les hémorrhoïdes sont considérées comme une simple affection des veines du rectum et de l'anus; ce sont des varices dues à la compression des veines hémorrhoïdaires; c'est une affection de cause mécanique et purement locale.

(1) L'hémorrhagie reparut six mois plus tard; le malade se confia à un chirurgien; il fut opéré et mourut en quelques semaines.

A quelle opinion devons-nous nous rattacher, et comment reconnaître la vérité entre ces deux manières de voir si radicalement opposées, et soutenues l'une et l'autre par des hommes aussi autorisés que ceux dont je vous citais les noms ?

La première chose à faire est d'abandonner l'esprit de système, et d'étudier la question au point de vue purement clinique. Commençons par l'affection locale, et voyons si la simple compression des veines hémorroïdales peut nous rendre compte de l'évolution de cette affection.

L'affection locale hémorroïdaire est constituée essentiellement par trois phénomènes : la tumeur, la douleur et le flux sanguin. Voici pour M. Gosselin, le plus moderne représentant de l'opinion organicienne, la pathogénie de cette affection :

La constipation entraîne des efforts de défécation, le bol fécal pousse la muqueuse qui vient faire hernie à l'anus ; les veines hémorroïdales, extrêmement gonflées par la contraction des fibres musculaires circulaires du rectum, sont ensuite étranglées par la contraction du sphincter, et les tumeurs hémorroïdaires sont produites. (Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XVII, p. 412.)

Cette explication mécanique de la formation des tumeurs hémorroïdaires ne supporte pas l'examen clinique, et il suffit pour la renverser d'observer, d'une part, que tous les gens constipés n'ont pas d'hémorroïdes, et que, d'autre part, il y a de nombreuses observations d'hémorroïdes développées en dehors de la constipation ; témoin celles qui compliquent si souvent la diarrhée chronique des pays chauds.

Les médecins qui regardent l'affection hémorroïdaire locale comme le symptôme, comme l'effet d'une maladie *totius substantiæ*, prétendent que tout ce travail anal est sous l'influence non d'une compression mécanique, mais d'une *fluxion* qui naît, se développe, s'éteint, revient sous l'influence de la maladie.

Les variations considérables des tumeurs hémorroïdales confirment cette manière de voir et rendent bien insuffisantes les explications mécaniques, fatales et régulières comme les lois de la physique, données par Gosselin, de la pathogénie des hémorroïdes. Souvent, en effet, ces fluxions sont régulièrement périodiques et reviennent comme les menstrues des femmes; chez ces dernières, les hémorroïdes accompagnent souvent les règles et sont manifestement le résultat de la fluxion sanguine, du *molimen* qui précède et accompagne cette fonction. Le travail qui prépare l'écoulement sanguin hémorroïdaire est lui-même une véritable fluxion, et la description classique de ce *molimen* : chaleur, pesanteur, battements au fondement et dans les reins, symptômes de pléthore générale, n'est point un roman fait à plaisir, mais la description exacte des faits, le résultat sincère de l'observation clinique. Ajoutons que l'état de bien-être physique et moral qui suit l'écoulement sanguin hémorroïdaire a beaucoup plus le caractère d'une crise salutaire, de la terminaison d'un travail pathologique, que celui d'un écoulement sanguin dû à une compression des veines.

Nous croyons inutile d'insister davantage sur l'inanité de la théorie mécanique et organicienne des hémorroïdes. C'est en vain que Virchow, prêtant l'appui de son autorité à cette opinion perdue, a voulu com-

pléter ce qu'avait de manifestement insuffisant l'explication des phénomènes par la seule compression des veines, en faisant jouer un grand rôle au *catarrhe rectal*; ce catarrhe est une démonstration de plus de l'existence d'une fluxion morbide et, par conséquent, d'une *maladie*, dont les phénomènes, localisés à l'extrémité du rectum et à l'anus, ne sont qu'un *symptôme*.

Maintenant, élargissons le cercle de nos investigations, considérons un *hémorrhédaire* et recherchons si, en dehors de son affection locale, ce malade n'offre pas un ensemble de symptômes et de lésions ayant un caractère spécial et défini et constituant une maladie.

Prenez un malade de 45 à 50 ans, par exemple; il vous dira que, dans sa jeunesse, il a eu des saignements de nez plus ou moins fréquents et se reproduisant en dehors des causes traumatiques. Les femmes vous diront qu'elles ont eu des règles abondantes et en avance; quelques malades ont eu des hémoptysies ou des hématomèses. Ainsi les hémorrhédaires sont des sujets ayant une prédisposition marquée pour les hémorrhagies, et cela dès leur jeunesse, dès leur enfance même. Continuons cet examen de la constitution hémorrhédaire. Dans le système nerveux vous trouvez les vertiges fréquents, les neuralgies, les migraines, l'hypochondrie et surtout ces scléroses vasculaires du tissu nerveux, si bien étudiées de nos jours. Ce sont les hémorrhédaires qui fournissent presque tous les cas de *paraplegie pléguée des enfants* et d'*atrophie locomotrice*. Dans le système respiratoire vous trouvez des affections spéciales, l'asthme et le catarrhe; dans le système vasculaire, l'endocardite chronique, l'aortite

et l'angine de poitrine, qui n'est qu'une dépendance de cette dernière lésion, sont de même des affections hémorrhoidaires; enfin dans le système digestif vous trouvez les dyspepsies flatulentes et les gastralgies. Etudiez chacune de ces affections, notez leur caractère et leur succession chez les hémorrhoidaires et vous arriverez à constituer une maladie complète, comme la goutte, la dartre, la scrofule, etc.

N'hésitez donc pas, Messieurs, à considérer les hémorrhoides d'un point de vue plus élevé que celui auquel se placent la plupart des chirurgiens actuels, qui ne visent que l'affection locale, quoiqu'à la vérité, j'aie vu avec plaisir, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, l'article HÉMORRHOÏDES traité d'une façon plus médicale par un jeune professeur, le Dr Lannelongue.

Mais cette question des hémorrhoides semble vouée aux obscurités et aux discussions sans fin; en effet, si l'observation attentive des phénomènes propres aux hémorrhoidaires nous permet de constituer une affection générale qu'il n'est plus possible de confondre avec les varices rectales, les nombreuses connexions des hémorrhoides avec la goutte nous plongent dans un nouvel et plus inextricable embarras.

Remarquez, en effet, que la plupart des affections hémorrhoidaires : migraine, névralgie, asthme, dyspepsies flatulentes, endocardite, etc., se rencontrent également chez les gouteux; que presque tous les gouteux offrent, à un certain moment de leur maladie, les signes les plus flagrants d'affection hémorrhoidaires rectales : flux sanguin, douleur, tumeur, etc.;

qu'enfin les médecins qui reconnaissent une maladie hémorrhoïdaire distincte de la goutte, professent que les hémorrhoïdaires sont sujets à des douleurs articulaires, à des arthrites, et vous comprendrez la difficulté extrême que nous éprouvons à séparer nettement les hémorrhoïdes et la goutte.

Les hémorrhoïdes sont-elles une simple affection gouteuse, caractérisant une forme particulière de cette maladie qui recevrait le nom de *goutte hémorrhoïdaire* ; ou bien les hémorrhoïdes constituent-elles une maladie essentielle différant radicalement de la goutte ? Voilà la question dans toute sa netteté ; à la clinique de la résoudre. Constatons d'abord les résultats positifs fournis par l'observation. C'est, d'abord, que l'affection locale hémorrhoïdaire est une affection fréquente chez les gouteux ; ce fait est hors de doute. C'est, ensuite, qu'on rencontre un certain nombre de malades chez lesquels il est impossible de constater autre chose que l'affection hémorrhoïdaire avec les symptômes généraux qui s'y rapportent directement. L'observation qui sert de base à cette leçon en est un exemple très-net. Ainsi, voilà un homme, arrivé à l'âge de 50 ans, qui n'a jamais présenté ni migraine, ni asthme, ni troubles gastriques. C'est un cas très-pur d'hémorrhoïde, constitué seulement par l'hémorrhagie, la tumeur hémorrhoïdale et les symptômes qui se rattachent immédiatement à la fluxion et aux hémorrhagies anales.

Ajoutons que, dans les cas analogues, l'affection rectale est excessive, et que ce sont ces malades qui présentent les cas d'hémorrhagies qui, par leur abondance et par leur répétition, compromettent directement l'existence. Il semble qu'ici toute la maladie s'épuise dans

un symptôme. C'est un exemple de ce qu'on appelle dans la scrofule la *forme fixe*, et dans laquelle la maladie se résume dans une seule affection grave, la méningite tuberculeuse, le mal de Pott, une tumeur blanche, etc., etc.

Maintenant, concluons-nous que la maladie hémorroïdaire n'existe pas et qu'elle n'est qu'une affection goutteuse ? Mais que ferons-nous des cas dans lesquels on n'observe aucun symptôme de goutte ?

Disons-nous plutôt que les espèces morbides n'étant point des êtres réels, n'étant que des espèces par analogie, elles ne restent point distinctes et séparées aussi strictement que les espèces animales, et que si dans ces dernières on observe des mulets, nous ne devons pas être surpris de rencontrer sur le terrain pathologique de ces mélanges d'espèces qui peuvent contrarier le nosologiste, mais qui ne peuvent être négligés par le clinicien. Rappelons, dans tous les cas, que l'affection locale est commune à la goutte et à la maladie hémorroïdaire.

Revenons à l'histoire particulière du malade qui fait l'objet de cette leçon.

C'était ici un de ces cas graves qui nécessitent le plus souvent l'intervention chirurgicale, et qui peuvent se terminer par la mort. Cependant, il a guéri rapidement par un médicament homœopathique. Avant de connaître les ressources que nous offre la thérapeutique nouvelle, je traitais les cas analogues par des applications externes, du perchlorure de fer et, en désespoir de cause, par la cautérisation au fer rouge des bourrelets hémorroïdaux, et vous rencontrerez des ob-

servations dans lesquelles ces moyens énergiques n'ont pu empêcher la mort des malades. L'article de Lannelongue, auquel je faisais allusion en commençant cette leçon, en contient un exemple. Il est donc très-important de fixer exactement le traitement de ces hémorrhagies. Je profiterai de la circonstance pour vous exposer le traitement de la maladie hémorrhoïdaire et de ses principaux accidents.

Deux médicaments dominent la thérapeutique des hémorrhoïdes, ce sont la *noix vomique* et le *soufre*. Ils correspondent non-seulement à l'affection locale, mais aussi aux congestions, aux névralgies, à la dyspepsie, aux hémorrhagies, en un mot, à la plupart des symptômes généraux de cette maladie constitutionnelle.

La *noix vomique* est surtout indiquée dans les cas où on observe : envie inutile d'aller à la selle, ténesme, constriction anale, diarrhée ou constipation avec sang clair, mucus dans les selles. Les symptômes généraux qui réclament ce médicament sont : congestion et hémorrhagie; épistaxis ou métrorrhagie, névralgie, dyspepsie, hypochondrie. Je dois vous rappeler, à propos de ce médicament, sa grande efficacité dans le traitement de l'*épistaxis* qui, du reste, est presque toujours un symptôme de la maladie hémorrhoïdaire. Quand l'*épistaxis* est précédée d'un petit mal de tête ou de rougeur des joues, quand il survient pendant le sommeil, il est presque toujours guéri par *nux vomica*. C'est la 6^e ou la 12^e dilution en globules que j'emploie le plus souvent.

Le *sulfur* correspond moins à l'affection locale; cependant la clinique a consacré depuis longtemps l'alternance de la noix vomique et du soufre; ce médica-

ment présente dans sa pathogénésie : prurit avec ou sans douleur cuisante ; ténésme ; mucosités ou sang dans les selles. constipation. Comme symptômes généraux, nous notons : afflux du sang à la tête, vertiges, sentiment de plénitude, de douleur.

Un troisième médicament, moins bien connu et moins étudié, est l'*æsculus hypocastaneum*, qui a dû être donné d'abord suivant une légende que connaissent tous ceux qui ont un peu pratiqué la médecine. Vous savez, en effet, que bon nombre d'hémorrhoïdaires ont l'habitude d'avoir des marrons d'Inde dans leur poche, prétendant qu'ils évitent, par ce moyen, les souffrances ordinaires de leur maladie. J'ignore si ce moyen est efficace, j'avoue^cn'avoir en lui aucune confiance ; toujours est-il que de l'empirisme il a passé dans la pratique médicale. Ainsi, en Amérique, on le prescrit très-souvent contre les hémorrhoïdes ; R. Hughes le recommande dans les cas où il y a constipation opiniâtre, douleurs très-vives, hémorrhagies très-faibles. Il le recommande aussi dans les douleurs qui suivent les selles ; douleurs ressemblant à celles de la *fissure*. Nous verrons que le *sedum acris* est particulièrement indiqué dans ce cas.

L'*æsculus* a été très-expérimenté sur l'homme sain, depuis quelques années ; il a produit des symptômes variés chez les différents expérimentateurs, mais en particulier, des souffrances du *rectum* et de l'*anus* ; il produit aussi des souffrances sur la *gorge*, et vous savez que le plus grand nombre des pharyngo-laryngites chroniques est lié à la maladie hémorrhoïdaire ; enfin, un expérimentateur, nullement sujet aux hémorrhoïdes, aurait vu, d'après Richard Hughes, des bourrelets

hémorroïdaux se former sous l'influence de ce médicament.

Quel sera maintenant le traitement applicable à certains cas dans lesquels les hémorrhagies sont excessives ? Le médicament qui paraît avoir le plus de succès contre cet accident est l'*hamamelis virginica*. Elle est indiquée contre les écoulements sanguins abondants, surtout chez les personnes qui présentent des varices. La clinique a confirmé largement cette indication, de sorte qu'on peut considérer l'*hamamelis* comme un médicament sur. En Angleterre, du reste, on l'emploie sur une grande échelle, et les pharmaciens allopathes eux-mêmes préparent un élixir antihémorroïdaire, dont l'*hamamelis* est le principe actif.

Le *millefolium* vient ensuite, il convient aussi dans les cas d'hémorrhagies abondantes. Cazin le signale comme utile dans les pertes de sang hémorroïdaires, et cite des exemples de son emploi suivis de succès.

Quand les hémorrhagies sont petites mais répétées, et amènent, par leur fréquence, un commencement d'anémie, le *perchlorure de fer* est préférable ; je l'ai donné à la 6^e dilution, et j'en ai obtenu d'excellents résultats.

Un autre accident, très-redouté des malades, c'est l'inflammation douloureuse des bourrelets hémorroïdaires. En pareil cas, nous avons recours à un remède bien connu en allopathie, où on l'emploie justement pour attirer un peu de congestion à l'anus, c'est l'*aloès*, dont les prises de poudre sont un remède des plus populaires et une source de revenus pour les pharmaciens. Ce médicament, parfaitement homœopathique, conviendra dans les cas de poussées congestives à la

tête et d'étourdissements, accompagnant des hémorrhoïdes excoriées, avec douleurs cuisantes et brûlantes.

Les acides *phosphorique* et *muriatique* sont indiqués contre les hémorrhagies avec gonflement douloureux des hémorrhôïdes.

L'*arsenic* répond plutôt aux douleurs brûlantes et pruriteuses, avec exacerbation nocturne : les tumeurs hémorrhôïdales brûlent comme du feu.

Le *carbo vegetabilis* présente, dans sa symptomatologie : écoulement d'un liquide séreux, excoriation de l'anus; c'est le médicament des *hémorrhôïdes blanches*, c'est-à-dire de ce flux muqueux ou mucoso-purulent qui, chez quelques malades, caractérise l'affection hémorrhôïdaire.

A côté du *carbo vegetabilis*, je vous signale le *borax* et le *mercure*. Ces médicaments sont moins fréquemment employés; je n'insiste pas sur eux afin de ne point surcharger votre mémoire, et j'arrive à un remède qui jouit d'une grande réputation auprès de bon nombre de nos confrères; c'est le *capsicum*, qui a été présenté à l'Académie, il y a quinze ans à peu près, comme un bon médicament à employer contre les hémorrhôïdes, et qui fut agréé par l'illustre assemblée, ignorant alors que ce médicament homœopathique lui était présenté par un médecin homœopathe, ce qui faisait dire au professeur Imbert-Gourbeyre que cette présentation de poivre ne manquait pas de sel; le *capsicum*, dis-je, est indiqué dans un cas précis et restreint, c'est dans le cas où l'affection hémorrhôïdaire est accompagnée de diarrhée, avec ténésme, présence de mucus et de sang dans les selles.

Les Américains préconisent aussi le *Collinsonia*. D'a-

près sa pathogénésie, ce médicament affecte principalement le *rectum* ; il produit les symptômes suivants : flatuosité ou coliques, constipation avec efforts ou douleurs sourdes dans l'anus après défécation. Ce médicament est donc principalement indiqué dans les hémorroïdes avec constipation. Le D^r Richard Hughes, auquel nous empruntons ces renseignements, ajoute que le collinsonia est un médicament cardiaque de premier ordre ; ce sera une raison pour que nous l'essayions dans les cas d'endocardite et d'aortites si fréquentes chez les hémorroïdaires. Le *prurit vulvaire* qui est souvent un symptôme d'hémorroïde a été guéri par ce médicament.

J'avais lu dans l'article *Hémorroïdes* du Dictionnaire en 60 vol. que le *Sedum telephum* était d'un usage vulgaire en Italie contre les hémorroïdes. Je savais que cette plante est de la même famille que le *Sedum majus* (Joubarbe des toits), conseillé contre les hémorroïdes douloureuses et en particulier contre la *fissure* à l'anus. Je demandais à Catellan s'il avait le *sedum telephum*, il me répondit qu'il n'avait pour le moment que le *sedum acre*. Je prescrivis ce médicament à la 3^e dilution à un homme atteint d'une fissure à l'anus extrêmement douloureuse ; le soulagement fut très-rapide et la guérison obtenue après quelques semaines de l'usage de cette plante. J'ai donc conservé l'habitude de prescrire le *sedum acre*, et à côté de quelques succès j'ai eu à noter très-souvent une heureuse influence sur les douleurs de la *fissure* et des hémorroïdes. L'indication du *sedum acre* est « une douleur excessive plus forte après la selle et persistante pendant des heures. »

DIX-SEPTIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — De la gastrite chronique. — Observations. — Les doses varient avec les maladies. — Broussais et la gastrite. — La fièvre typhoïde. — J. Davasse et la réforme pyrétologique. — Ecole allemande et confusion. — Distinction de la gastrite chronique, de la dyspepsie et de la gastralgie. — Traitement de ces trois affections. — Les médicaments correspondent à un organe souffrant plutôt qu'à une maladie, — Indications générales et indications spéciales des médicaments, dans la gastrite, la dyspepsie et la gastralgie. — Nux vomica. — Ignatia. — Carbo vegetabilis. — Coccus. — Arsenicum. — Lycopodium. — Sulfur. — Pulsatilla. — Plumbum. — Chamomilla. — Belladonna. — Veratrum. — Graphites; association de nux vomica et graphites. — Observation de dyspepsie chlorotique.

OBSERVATION XLVI. — *Gastrite chronique.*

M. Tardy, âgé de 53 ans, entré le 2 décembre, sorti le 17 décembre. Couché au n° 4 de la salle des hommes.

Tardy est un homme d'une constitution forte et vigoureuse, il n'a jamais présenté aucun signe de goutte, de dartre et d'hémorroïdes. Homme de peine, il est habituellement mal nourri. Il fit des excès alcooliques il y a une quinzaine d'années, pendant qu'il était soldat, en Afrique, mais il nous assure que, depuis son retour en France, il a toujours été très-sobre.

La maladie pour laquelle cet homme entre à l'hôpital, débuta, il y a trois ans, par une grande difficulté de digestion et des crampes d'estomac (?). Au bout de

deux ou trois mois, il commença à vomir. Les vomissements d'abord éloignés se rapprochèrent, et depuis deux ans, il vomit presque tous les jours.

Les vomissements arrivent tantôt avant, tantôt après les repas, et se composent soit d'aliments, quand ils suivent les repas, soit d'un liquide glaireux et peu coloré quand il le précède. Le malade a beaucoup maigri, mais, ce qui est remarquable, c'est que l'appétit s'est toujours maintenu.

Il n'a jamais vomi de sang, ni de matières noires.

La douleur continue que le malade ressent au niveau de la région épigastrique est augmentée par une pression légère; au contraire, quand on comprime fortement la paroi abdominale, on la calme un peu.

3 décembre. On permet au malade de manger de la viande et des légumes, et on prescrit *nux vomica*, 12°, une cuillerée une heure avant le repas et *graphites*, 12°, une heure après le même repas. Ces médicaments sont en globules.

Le 4. Le malade a vomi, dans la matinée, une quantité considérable de glaires et d'eau. Le vomissement avait été précédé d'une légère augmentation de la douleur au niveau de la région épigastrique. Même traitement.

Le 5. Il n'y a pas eu de vomissements dans la journée. La sensibilité au niveau de l'estomac a considérablement diminué. *Nux vomica*, 30°, en globules, trois cuillerées par jour.

Le 7. Le malade a eu, hier, une crise douloureuse accompagnée de crampes d'estomac; mais sans vomissements. L'appétit est excellent. Suspendre le médicament.

Le 9. La douleur dont le malade se plaignait continuellement a disparu tout à fait.

Le 11. Il y a eu, hier, une crise, mais très-légère et sans vomissements. *Nux vom.*, 30^e, comme précédemment.

Le 13. Le malade est moins bien, il souffre de l'épigastre et du ventre, l'appétit diminué. Expectation.

Le 17. Le malade a été de mieux en mieux, il ne vomit plus, il n'a aucune douleur, il mange bien et commence à engraisser, et il demande à retourner à ses occupations.

Voici maintenant une observation empruntée à ma pratique; elle est beaucoup plus concluante à cause de la durée et de la gravité de la maladie. Deux médecins distingués avaient diagnostiqué un cancer du pylore. Ce malade présentait effectivement les signes classiques de cette maladie. Néanmoins une guérison obtenue au bout de quelques mois, et qui se maintient encore aujourd'hui ne permet pas de conserver ce diagnostic. *Nux vomica* en globules et à haute dilution fut le seul médicament employé.

OBSERVATION XLVII.—*Gastrite chronique simulant le cancer du pylore, guérie par Nux vomica.*

M. C..., âgé de 43 ans, est malade depuis plus de quatre ans. L'affection a commencé par des vomissements alimentaires d'abord éloignés, la diminution de l'appétit et une constipation opiniâtre. M. C... fait quelquefois des excès de table, mais il n'abuse jamais

des alcools. Ses habitudes sont sédentaires; il est employé dans une administration, et les dimanches il passe ses journées à pêcher à la ligne. Depuis six mois, la maladie a fait de grands progrès, et je trouve M. C... dans l'état suivant :

Grand amaigrissement, perte des forces si considérable que le malade reste couché presque toute la journée et peut à peine faire quelques pas dans sa chambre. Le facies est anémique, mais ne présente point la teinte jaune-paille des affections cancéreuses, les pieds sont très-œdématisés.

La percussion nous permet de constater une dilatation énorme de l'estomac. Le malade vomit tous les huit jours, et plus souvent s'il s'écarte de son régime, qui consiste à prendre seulement du bouillon et du lait. Les vomissements sont considérables et semblent contenir tous les aliments ingérés depuis plusieurs jours. Il y a donc là les symptômes d'un rétrécissement du pylore avec dilatation consécutive de l'estomac. On m'assure que M. Gueneau de Mussy a constaté une tumeur squirrheuse au niveau du pylore. Je la cherche avec le plus grand soin, et je constate une induration lisse, allongée, suivant les mouvements du diaphragme, et qui me laisse dans le doute sur sa nature.

Le malade est au bouillon et au lait. Il prend tous les deux jours un lavement purgatif et tous les soirs une préparation opiacée; l'aggravation est lente, mais continue.

2 novembre 1874. Je prescris la continuation du régime; la suppression des lavements purgatifs et de l'opium, et je donne au malade *nux vomica* (30), 4 glo-

bules dans 125 grammes d'eau, deux cuillerées par jour; le malade s'attend à vomir d'un jour à l'autre.

Le 7. Le malade n'a pas vomi; il a terminé sa potion depuis deux jours, *nux vomica* (200), de la même manière.

Le 12. Il n'y a pas eu encore de vomissements, *nux vomica* (12), de la même manière.

Le 15. Grande amélioration car le malade n'a pas vomi depuis trois semaines. Il se trouve un peu mieux; il lui semble qu'il mangerait; la constipation est moindre, bien qu'il soit obligé de prendre quelquefois des lavements au miel. Il a continué *nux vomica* (30).

28 décembre. L'amélioration est considérable; l'enflure des pieds a disparu. Le malade est plus fort; il marche dans sa chambre; il réclame impérieusement de la nourriture; il n'a pas vomi depuis sept semaines; la constipation a disparu; on ajoute à son régime de la crème de riz, des pots de crème, des potages et des soupes, enfin du poulet rôti. Tout cela se digère et les forces reviennent rapidement. Nous permettons le vin et nous continuons *nux vomica* (30).

Au commencement de janvier 1873 la convalescence était complète; le malade faisait deux bons repas à la viande et commençait à sortir.

La guérison se maintient depuis un an, malgré quelques excès de table auxquels le malade n'a pas le courage de résister. Il a eu, quelques mois après la guérison, une névralgie sus-orbitaire, puis un eczéma des membres.

Ces deux cas sont très-remarquables. Ils démontrent

une fois de plus les vertus héroïques de la noix vomique dans les affections de l'estomac, l'efficacité des doses les plus petites, 12' et 30' dilution en globules ; l'utilité de la suspension des médicaments et les aggravations faciles par leur continuité. Nous avons vu en effet que, dans la XLVII observation, la noix vomique à la 30° dilution n'a pu être continuée plus de deux jours sans augmenter les douleurs, et que l'amélioration a continué à se produire, que la guérison s'est opérée en l'absence de tout médicament.

Nous verrons, à propos d'autres maladies chroniques, l'*eczéma* et l'*ophthalmie scrofuleuse* par exemple. qu'à l'inverse de ce que nous venons de dire pour la gastrite et la noix vomique, il est nécessaire de donner de basses dilutions, quelquefois des teintures mères, et qu'on doit continuer ces fortes doses pendant des semaines sans interruption. Contradiction pleine d'obscurité, dont nous n'avons pas la clef et qui rend si difficile encore le traitement des maladies chroniques. Je sais bien que les hahnemannistes purs diront que, quand un médicament est bien choisi, les plus petites doses, non-seulement sont suffisantes, mais encore sont les meilleures. Je m'étonne alors que, depuis tant d'années, on n'ait pas encore trouvé de médicaments *bien choisis* pour l'*eczéma* et l'*ophthalmie scrofuleuse*, et que nous soyons encore obligés d'employer dans ces maladies de fortes doses longtemps continuées si nous voulons arriver à guérir, et je préfère de beaucoup avouer encore une fois que nous n'avons point, en dehors de l'expérience clinique, de règles certaines pour le choix de la dose.

Je pense que plusieurs d'entre vous ont dû être sur-

pris d'entendre formuler ce diagnostic : *gastrite chronique*. Car je n'ignore pas que, s'il y a soixante ans on ne parlait, en face de chez nous, au *Val-de-Grâce*, que de *gastrite aiguë* et de *gastrite chronique*, cette expression, par une réaction qui est dans la nature de l'homme, a disparu de la littérature médicale, comme si les maladies apparaissaient et disparaissaient au gré des faiseurs de systèmes, il est donc utile que nous revenions ici sur cette question de la *gastrite*, et que nous rendions à cette expression sa valeur positive en montrant qu'elle sert à désigner une maladie parfaitement définie.

Quand Cullen créa la classe des *dyspepsies* et réunit, sous ce nom, toutes les affections organiques de l'estomac à l'exception du cancer, il ne fut plus question ni de *gastrite* ni de *gastralgie*.

Lorsque vint le règne de Broussais, les dyspepsies disparurent comme entachées d'*ontologisme* ; on regarda les gastralgies comme un effet de l'inflammation et il n'y eut plus que des *gastrites*.

A ce moment la nosologie devint d'une simplicité merveilleuse. Toutes les maladies chroniques rentrèrent dans la classe des *gastrites chroniques* et toutes les maladies aiguës dans celle des *gastrites* ou *gastro-entérites aiguës*. Broussais expliquait, par les *sympathies* des organes avec l'estomac, les symptômes de toutes les maladies. On sait, qu'à propos de la *gastrite aiguë*, Broussais réunit les quatre fièvres continues des anciens en une seule, et contribua ainsi à créer l'unité de la *fièvre typhoïde*. Ne se doutant guère qu'il travaillait à rétablir l'*essentialité* des fièvres, doctrine qu'il avait si violemment combattue sous le nom d'*ontologie*.

Broussais régnait encore, mais déjà commençait con-

tre son système une réaction menaçante, quand Barras publia, en 1826, son traité des *gastralgies*. Cette affection prit alors la place de la gastrite. Quant aux dyspepsies, elles étaient retombées dans l'oubli. Cependant Chomel et quelques médecins de son époque commencèrent à décrire les dyspepsies. Les enseignements de Cullen furent remis en honneur et on rentra dans la vérité nosologique en reconnaissant, comme affections distinctes, la gastrite chronique, la dyspepsie et la *gastralgie*.

Vers la même époque, Jules Davasse, un des élèves les plus distingués de J.-P. Tessier, compléta l'œuvre de Broussais en décrivant la *fièvre éphémère* et la *fièvre synoque* qui, avec la *fièvre typhoïde*, constituaient toutes les fièvres continues.

Ainsi se trouva constituée la pyrétologie moderne, due, presque en entier, à des travaux français : fièvres éruptives, fièvres intermittentes, fièvres continues, comprenant l'éphémère, la synoque et la fièvre typhoïde.

Niemeyer, reprenant la théorie de la gastrite sous le nom de catarrhe gastro-intestinale, a cherché à reconstruire, sous les noms de fièvres *gastrique*, *bilieuse*, *muqueuse*, l'ancienne pyrétologie, et Jaccoud a suivi cet auteur dans son traité de pathologie interne. Cette tentative mille fois regrettable, et dont on commence à ressentir la conséquence par les diagnostics sans précision, de *fièvres muqueuses*, *fièvres bilieuses*, ne s'appuie sur aucun travail sérieux de séméiotique et d'anatomie pathologique. C'est un *pur système* qui passera comme tous les systèmes, et qui ne doit pas retenir notre attention plus longtemps.

Revenons à la distinction de la gastrite, de la dyspepsie et de la gastralgie.

La dyspepsie est une *affection* (ce n'est pas une maladie) symptomatique de la goutte, des hémorroïdes, de la dartre, de la chlorose ou de l'hystérie. On observe en outre des dyspepsies en rapport avec la plupart des maladies chroniques, la phthisie, la scrofule, le cancer, les maladies de cœur, etc., etc. Les lésions du foie sont toujours une cause de dyspepsie plus ou moins marquée; les empoisonnements chroniques, l'alcoolisme, en particulier, peuvent être une cause de dyspepsie et de gastrite chronique.

La dyspepsie, comme son nom l'indique, est caractérisée par la difficulté de la digestion. Tantôt il y a une simple difficulté, une paresse de la digestion qui fait que les aliments pèsent longtemps sur l'estomac, c'est la variété, connue sous le nom peu harmonieux de *bradyspepsie*. D'autres fois, cette difficulté de la digestion est accompagnée du développement de gaz dans l'estomac et les intestins, avec borborygmes et régurgitation bruyante de vents presque toujours inodores, c'est la *dyspepsie flatulente*. Quand ce sont des régurgitations de liquides et d'aliments acides, de véritables ruminations qui caractérisent cette affection, c'est la *dyspepsie acide*. Enfin, quelquefois, la dyspepsie se caractérise principalement par des souffrances céphaliques ou cardiaques : étourdissements, céphalalgies, palpitations, étouffements, fausse angine de poitrine, arrêt et irrégularités des battements du cœur; c'est la forme *lurée* parce que les symptômes de la digestion sont peu prononcés et *cachés*, pour ainsi dire, par les symptômes cérébraux et cardia-

ques. Chacune de ces formes présente encore des sous-variétés qui diffèrent avec les maladies dont la dyspepsie est le symptôme. Dans la dyspepsie la langue est nette et l'appétit habituellement conservé, ce qui la distingue immédiatement de la gastrite et des affections organiques.

La *gastralgie* est une affection encore plus nettement définie. C'est la *crampe* d'estomac; elle est, comme toutes les névralgies, habituellement symptomatique, et souvent elle alterne avec d'autres névralgies.

La gastralgie est caractérisée par une douleur extrêmement aiguë, accompagnée ou non d'un sentiment de constriction, siégeant à l'épigastre, mais s'irradiant par les nerfs intercostaux et leurs anastomoses. Cette douleur revient par accès et s'accompagne d'angoisses, de cris, de sueurs, tantôt froides, tantôt chaudes; quelquefois de lipothymie, plus rarement d'efforts de vomissements.

Les causes morales et les variations de température, les orages, la neige, le dégel ont une influence très-remarquable sur le retour des accès.

Quant à la *gastrite chronique*, elle est caractérisée par une douleur sourde accompagnée de vomissements, tantôt alimentaires, tantôt composés de mucus acide. La langue est habituellement saburrale, et les urines contiennent une grande quantité de phosphates; l'amaigrissement et la perte des forces sont bien plus rapides et bien plus considérables que dans la dyspepsie.

Quand la gastrite a duré très-longtemps, elle produit un fait remarquable. Les membranes de l'estomac s'hypertrophient dans la portion pylorique, d'où un vé-

ritable rétrécissement de cet orifice. Alors, il se produit une dilatation considérable de l'estomac, et la sensation d'une induration à la région pylorique; en même temps, le malade est pris de vomissements énormes d'aliments, pris depuis plusieurs jours, alors que ceux du dernier repas sont quelquefois conservés.

A ce moment, le diagnostic peut être très-difficile entre le cancer de l'estomac et la gastrite chronique. Toutefois, dans cette dernière affection, l'appétit fait moins absolument défaut que dans le cancer, et c'est là un signe que nous recommandons à votre attention; l'amaigrissement est aussi moins rapide, enfin la teinte jaune-paille des affections cancéreuses et les vomissements de sang font défaut.

L'observation XLVII est un très-bel exemple de gastrite chronique simulant le cancer de l'estomac. Vous vous rappelez que l'un des praticiens les plus habiles de Paris y a été trompé, et que c'est seulement la guérison du malade qui nous a permis de faire le diagnostic.

Vous avez vu que la *noix vomique* était le médicament principal de la gastrite chronique. Nous allons maintenant préciser ses indications, et rechercher les autres médicaments qui conviennent dans cette maladie.

Nous ferons, si vous le voulez bien, à ce propos, le traitement de la gastrite chronique, de la dyspepsie et de la gastralgie. Vous verrez que les mêmes médicaments sont fréquemment indiqués dans le traitement de ces trois affections, Cela n'a rien d'étonnant pour des homœopathes; car ils savent parfaitement que les médicaments ne sont pas spécifiques à une maladie en particulier, mais qu'ils correspondent à un

ensemble de symptômes et de lésions; que par conséquent leur action se rattache à un organe et à ses fonctions troublées plutôt qu'à une maladie. Il y a donc les médicaments de l'estomac comme il y a les médicaments du cerveau, du cœur, du rein, etc., etc.

Nous n'oublierons point ces principes, et toutes les fois que nous étudierons un médicament qui peut être indiqué dans le traitement de la gastrite, de la dyspepsie et de la gastralgie, nous commencerons par exposer les propriétés générales de ce médicament, parce que ces propriétés peuvent servir à fixer le choix du médecin dans le traitement de toutes les affections de l'estomac où il est indiqué.

Nux vomica est le médicament principal de l'estomac. Il convient aux hémorrhoidaires, et, dit Hahnemann, aux constitutions vigoureuses, sanguines et irascibles. La vie sédentaire, l'abus de la bonne chère, un travail intellectuel assidu sont encore des indications pour l'emploi de *nux vomica*.

Les souffrances des organes digestifs qui indiquent principalement ce médicament sont la constipation avec ténesme, des digestions laborieuses avec somnolence après dîner et insomnie après minuit, des douleurs d'estomac matutinales.

Dans la *dyspepsie*, *nux vomica* est un remède capital. La pesanteur d'estomac après manger, les flatuosités, le pyrosis surtout indiquent la noix vomique. La langue chargée seulement à sa partie postérieure (Dr Boyer), le goût amer ou acide avec des éructations de même nature (Hughes), la pesanteur de tête, quel-

quefois la faim canine avec prompte satiété, l'envie de se trouver mal après le repas, confirment cette indication; mais c'est surtout l'association de *nux vomica* et de *graphites* que nous recommandons dans le traitement de la dyspepsie. Nous reviendrons sur cette médication.

Dans la *gastralgie*, *nux vomica* est indiquée quand il existe beaucoup de flatuosités, que les douleurs ont le caractère de crampes et qu'elles s'irradient, soit dans les hypochondres, soit sous le sternum et vers le cou en suivant le trajet du phrénique. Il faut aussi que le malade présente les caractères généraux qui indiquent le médicament. J'ai observé que, dans ce cas, il fallait donner de très-petites doses : 18^e, 30^e, 200^e dilution, sous peine de voir surgir des accès très-douloureux. Notons encore que *nux vomica* n'est point un médicament de l'accès, il convient mieux dans l'intervalle des crises, deux doses par jour, pendant quatre jours; repos, quatre jours et recommencer. Ignatia, chamomilla, veratrum, belladonna sont les médicaments de l'accès, comme nous le verrons bientôt.

Dans la *gastrite chronique*, nous avons vu que *nux vomica* était un médicament héroïque (observations XLVII et XLVIII). Indépendamment des symptômes dyspeptiques énumérés plus haut, notons comme indication de *nux vomica*, dans la gastrite chronique, une douleur habituelle au creux de l'estomac, des régurgitations d'eaux acides et amères, des vomissements de même nature, des vomissements alimentaires. L'expérience clinique nous enseigne, en outre, que *nux vomica* est indiquée par le rétrécissement du pylore avec dilata-

tion de l'estomac, quand cette lésion est la suite d'une gastrite chronique. Les vomissements alimentaires très-abondants survenant longtemps après le repas, contenant des aliments pris depuis plusieurs jours, avec exclusion d'aliments pris plus récemment, étant le symptôme habituel du rétrécissement du pylore, indiqueront aussi l'emploi de *nux vomica*.

L'*Ignatia* si analogue à *nux vomica* s'en distingue par la prédominance des symptômes hystériques. L'expérience clinique nous a appris depuis longtemps que la fève de Saint-Ignace convenait rarement dans la dyspepsie et dans la gastrite chronique, mais qu'elle était le médicament principal de la *gastralgie*.

Les symptômes qui indiquent particulièrement *ignatia* dans la *gastralgie* sont : accès périodiques de crampe d'estomac survenant principalement la nuit ou immédiatement après le repas, aggravées par le moindre contact, améliorées en changeant de position.

Carbo vegetabilis. C'est un médicament des hémorrhoidaires, il convient aux malades qui ont habituellement beaucoup de gaz ; une disposition à la diarrhée ; selles fort peu abondantes et mélangées de beaucoup de vents, dont l'évacuation fait cesser immédiatement le besoin d'aller à la selle. Hahnemann note expressément que les vents rendus sont inodores ou presque inodores et cependant, Richard Hughes et la plupart des médecins homœopathes, considèrent la fétidité des *excreta* comme une indication positive de *carbo vegetabilis*. Cela tient probablement à ce que le symptôme de vents inodores signalé par Hahnemann, était un effet curatif obtenu chez les expérimentateurs.

A la grande quantité de flatuosités développées dans l'estomac et l'intestin, à la putridité des évacuations il faut ajouter une sensation de brûlure à l'estomac, aboutissant souvent au pyrosis; des rapports acides, amers ou *sucrés*, l'anxiété épigastrique et l'absence de vomissements pour spécialiser l'emploi de *carbo vegetabilis* dans la *dyspepsie*.

Cocculus. La matière médicale pure de Hahnemann contient des symptômes qui ne permettent point de négliger la *coque du levain* dans le traitement de la *gastralgie*: « Violente cardialgie, douleur *constrictive* à l'estomac. — Cardialgie; *coarctation* dans le creux de l'estomac — douleur *coarctive* dans l'estomac comme s'il était serré par un lien. — Compression comme par une tenaille dans l'épigastre, qui intercepte la respiration ». Richard Hughes remarque avec raison que le *cocculus* agit surtout sur le système musculaire. C'est donc bien un médicament de la *crampe vraie* de l'estomac. Enfin, Hartmann, dit positivement avoir guéri les cas les plus opiniâtres de *gastralgie* avec le *cocculus*, mais dans les circonstances suivantes : quand les malades étaient constipés; qu'ils n'avaient pas de pyrosis et surtout quand le traitement avait été commencé par *nux vomica*. Ajoutons comme symptômes propres à fixer le choix de *cocculus*, des flatuosités très-abondantes et un afflux de salive considérable.

China. L'école allopathique nous fournit chaque jour, par l'abus du quinquina et les souffrances qui en résultent, la preuve que cette substance est un médicament de l'estomac; il convient principalement chez

les malades épuisés par des privations, par des flux, par des hémorrhagies ou par une maladie antécédente. Hahnemann remarque que le china ne sera pas reconnu efficace, à moins que le repos du malade ne soit troublé pendant la nuit, comme il l'est chez les personnes saines auxquelles on fait prendre cette substance, le caractère de ce sommeil est l'agitation, des rêves anxieux et effrayants, l'anxiété continuant encore après le réveil.

Dyspepsies. Le china est un médicament important dans la dyspepsie. La lenteur de la digestion s'accompagne d'un sentiment de pesanteur et de gêne de la respiration; il se produit beaucoup de flatuosités, et l'existence de selles liquides *immédiatement après le repas* est un symptôme caractéristique. Notons encore comme indication toute spéciale du china dans la dyspepsie: la langue fortement chargée d'un enduit jaune, la prédominance du goût amer dans la bouche, la conservation de l'appétit et le soulagement momentanés des souffrances gastriques par le repas.

Le china, répondant par ses symptômes chez l'homme sain à la cardialgie avec suffocation, pourrait être essayé dans la dyspepsie larvée avec symptômes cardiaques.

Je ne possède pas d'observations cliniques qui me permettent de préciser les indications du china dans la *gastrite* et dans la *gastralgie*.

Arsenic. Ce médicament agit énergiquement sur les organes de la digestion et il y provoque, quand il est donné chez l'homme sain, des inflammations aiguës et

chroniques, dont l'histoire des empoisonnements par l'arsenic nous offrent de trop nombreux exemples. Un sentiment de défaillance pendant les souffrances, la pâleur, l'amaigrissement, la perte des forces, la soif, les aggravations nocturnes, les douleurs brûlantes, l'intermittence des affections, l'eczéma et le psoriasis, soit antécédent, soit concomitant, forment les caractéristiques de ce médicament.

Gastrite chronique. L'arsenic a été donné avec succès dans la gastrite chronique. Les symptômes spéciaux qui l'indiquent sont la langue blanche, la perte de l'appétit, les rapports acides et amers, les vomissements bilieux ou alimentaires *très-fréquents*, une douleur d'estomac constante, habituellement brûlante, et qui augmente *quelque temps* après avoir pris des aliments.

Dyspepsie. L'arsenic m'a rendu des services dans la dyspepsie, quand cette affection s'était développée sous l'influence de la *dartre*. Les caractères généraux du médicament, ainsi que ceux énumérés à propos de la gastrite, guideront le médecin pour le choix de l'arsenic dans le traitement de la dyspepsie. Il convient d'y ajouter les symptômes suivants : bâillement, envie de dormir et grande prostration après le repas ; soif et amélioration par les boissons très-chaudes ; souvent diarrhée ou selles faciles. Une grande anxiété avec pression cardiaque très-douloureuse, indique l'arsenic dans la dyspepsie larvée.

Gastralgie. L'arsenic a guéri quelques cas de gastralgie symptomatique de la *dartre*, l'amélioration par

les boissons et les applications chaudes; une cardialgie brûlante avec anxiété et lypothimie, sont les indications spéciales de l'arsenic dans la gastralgie.

Lycopodium. Le lycopode nous a semblé convenir principalement aux hystériques, aux chlorotiques et aux dartreux. Voici quelques caractères généraux propres à spécialiser l'emploi du lycopode, nous les empruntons à la traduction de Richard Hughes par le Dr Guérin-Menneville. « Au lieu de lésions aiguës, nous trouvons une maladie qui s'accroît graduellement et d'une manière chronique; au lieu de l'excitation nous avons de la dépression et de l'abattement, une faiblesse mentale, nerveuse et corporelle; un air maladif et des extrémités froides, de l'anémie, une *digestion lente et irrégulière*, un *état flatulent*, de la *constipation*, un catarrhe passif des voies aériennes, un état de langueur de l'enveloppe cutanée comme effet de son influence. » Nous avons souligné quelques passages qui indiquent l'action évidente du lycopode sur l'estomac.

Dyspepsie. C'est principalement dans la dyspepsie et dans la dyspepsie flatulente, que le lycopode a rendu des services et Richard Hughes n'hésite pas à le recommander comme un médicament très-important dans le traitement de cette maladie.

Voici ses indications principales : pyrosis, flatuosité et constipation. Comme symptômes accessoires, nous signalerons les éructations amères ou acides, la boulimie avec dégoût et répugnance, le météorisme *intestinal*. Richard Hughes indique encore un sommeil irrésistible après le dîner, suivi d'un grand épuisement.

Cet auteur enseigne que le lycopode convient davantage aux dyspepsies engendrées par l'abus des farineux.

Quelques symptômes du lycopode indique son emploi dans la *gastralgie* et dans la *gastrite chronique*; des cas fort graves de cette dernière maladie, avec *vomissements noirs*, ont été guéris par lycopode. Il faut donc toujours songer à ce médicament dans les cas de *gastrite chronique grave*.

Sulfur. Le sulfur est rarement recommandé dans les affections de l'estomac. Cependant, sa pathogénésie offre une image complète de la dyspepsie, et je lui dois quelques guérisons dans des cas extrêmement chroniques. La cause de l'insuccès habituel de ce médicament tient probablement à ce qu'on n'a pas, en général, assez précisé ses indications.

Mieux que l'arsenic, le *Sulfur* convient dans le traitement des affections internes qui alternent ou qui succèdent à des affections cutanées; comme la *noix vomique*, il convient aux hémorrhoïdaires. Chacun sait que les affections cutanées du sulfur sont caractérisée par un prurit occupant toute la surface cutanée. Ce prurit devient voluptueux par le frottement, et il augmente le soir à la chaleur du lit.

Les symptômes gastriques du sulfur ont beaucoup de rapport avec ceux de la *gastrique chronique* et de la *dyspepsie*; les principaux sont : grande pesanteur d'estomac; digestion lente et difficile avec *rumination*, et quelquefois *vomissements alimentaires longtemps après le repas*; digestion difficile, *principalement de la viande*; rap-

ports aigres ou douceâtres; sentiment de froid ou d'ardeur à l'estomac; douleurs diverses à l'épigastre. La dyspepsie du soufre s'accompagne d'acidité, de flatulence et de dyspnée.

La *Pulsatille* est un médicament qu'il ne faut pas oublier dans la *dyspepsie*. On sait que ce médicament convient principalement aux personnes blondes, grasses, et d'un caractère doux et nonchalant. On a exagéré l'importance de ces caractères donnés par Hahnemann, et on est généralement trop enclin à ne prescrire la pulsatille que chez la femme ou chez les hommes qui présentent des apparences féminines. J'attache plus d'importance à un sentiment fréquent de *frilosité* et à l'*absence de soif*, comme caractéristique générale de ce médicament. Richard Hughes a très-bien précisé les indications spéciales de la pulsatille dans le traitement de la *dyspepsie*. La langue est couverte d'un enduit épais d'un blanc sale; nausées continuelles avec peu de vomissements, peu de douleurs; diarrhée presque passive, se manifestant surtout la nuit; sentiment de tension après le repas forçant à desserrer les vêtements. Nous ajouterons à ces symptômes un *afflux d'eau* à la bouche en quantité considérable, et la prédominance dans la bouche d'un goût *putride* ou d'un goût *rance*.

Plumbum est un médicament rarement employé dans les affections gastriques. Cependant, je ne puis oublier qu'il m'a donné une guérison dans un cas de *gastrite chronique* des plus graves, et ayant amené une émaciation et une perte des forces considérable.

Les symptômes qui, d'après mon expérience, indiquent *Plumbum* soit dans la *gastrite chronique*, soit dans

la *dyspepsie*, sont entièrement caractérisés. Ce sont des vomissements abondants d'un liquide blanc, filant, se prenant en masse tremblottante comme du blanc d'œuf pas cuit; une constipation opiniâtre et des douleurs violentes à l'épigastre.

Quelquefois j'alterne *opium* avec *Plumbum* dans les cas opiniâtres. J'ai toujours employé la 30^e dilution de *Plumbum*; mais Richard Hughes préconise les basses dilutions, 3^e et 6^e, de carbonate de plomb.

[*Chamomilla*, *Belladonna* et *Veratrum* doivent être signalés maintenant comme médicaments très-importants dans le traitement de la *gastralgie*, pendant les accès; *Veratrum* est indiqué contre des douleurs très-violentes avec *pâleur* et *sueurs froides*. *Chamomilla* convient contre les mêmes douleurs avec agitation, anxiété, effroyable pression au cœur, comme s'il allait être écrasé; *rougeur de la face* et *sueurs chaudes*. Dans les cas où, malgré ces indications, *Chamomilla* reste inefficace, je me suis bien trouvé d'alterner *Belladonna* avec ce médicament, tous les deux à la 3^e dilution. Dans ces cas, *Veratrum* s'emploie aussi de la 3^e à la 6^e, et il est bon de rapprocher les doses tous les quarts d'heure. On éloigne les médicaments à mesure que la douleur diminue.

Graphites. Je veux insister, en terminant, sur les bons effets obtenus, dans le traitement de la *dyspepsie*, par l'alternance de *Nux vomica* et *Graphites*. C'est pour cette raison que j'ai réservé l'histoire de ce dernier médicament pour la fin de cette leçon.

Le *Graphites* produit par l'expérimentation beaucoup de symptômes de *dyspepsie*. Les plus caractéristiques

sont les suivants : régurgitation amère ou acide d'aliments, sorte de rumination, vomissements alimentaires opiniâtres, salivation, pituites, indigestion des liquides.

L'expérience clinique a enseigné que l'association de *Nux vomica* et de *Graphites* constituent un traitement très-sûr de la dyspepsie. Cette combinaison est due au Dr Emery (de Lyon). On administre *Nux vomica* (12^e), 6 globules dans 200 grammes d'eau, une cuillerée une heure environ avant les deux principaux repas, et *Graphites* (12^e), préparé de la même manière, une heure après les mêmes repas. Cette association de médicaments réussit presque toujours à faire disparaître la dyspepsie, au moins momentanément, et très-souvent nous avons obtenu une guérison complète par ce moyen. C'est un des traitements les plus propres à démontrer l'efficacité des doses infinitésimales, tant par la fréquence des dyspepsiques que par la certitude de la guérison. Quand la 12^e dilution devient inefficace, j'ai l'habitude de passer à la 6^e ou même aux 3^e triturations.

Pour vous citer un exemple qui a passé sous vos yeux, je vous rapporterai l'observation de la jeune chlorotique couchée au n^o 2 de la salle I.

OBSERVATION XLVIII. — *Dyspepsie chlorotique.*

Mademoiselle Guillot, domestique, âgée de 20 ans, entrée le 11 décembre, sortie le 21 décembre (salle I, n^o 2).

Cette jeune fille, d'une santé délicate, vint à Paris en 1871. Au bout de deux ans, les accidents de la maladie qui l'amène dans nos salles la forcèrent de retourner à

la campagne. Sa santé se rétablit en partie, et elle revint à Paris il y a deux mois.

Elle ne tarda pas à retomber malade, et voici l'état actuel que nous présente cette jeune fille :

Elle présente le type du facies chlorotique; teint transparent et jaunâtre avec lèvres entièrement décolorées.

Le moindre mouvement provoque des vertiges et des palpitations. L'appétit est presque nul, et les digestions sont excessivement pénibles et longues. Les muqueuses oculaire et palpébrale sont pâles et décolorées.

La menstruation a été régulière jusqu'au mois d'octobre. Depuis cette époque, les règles sont venues une seule fois, au commencement de décembre, et se sont arrêtées subitement au bout de quelques heures.

L'auscultation est négative dans la région du cœur; dans les vaisseaux du cou, au contraire, on entend un bruit de souffle continu.

On prescrit à la malade *ferrum metall.*, 6°.

Le 14. On ne constate aucune amélioration sous l'influence du *ferrum metall.*

La malade se plaignant d'oppression après chaque repas et de digestion difficile, et l'appétit étant très-peu marqué, on institue un traitement symptomatique et on donne *nux vom.*, 12°, avant le repas, et *graphites*, 12°, après.

Le 16. La digestion est plus facile. Les palpitations qui avaient été encore très-fréquentes il y a quelques jours, même quand la malade était couchée, nè reviennent que rarement. *Dito.*

Le 18. L'amélioration s'accroît. L'appétit a considérablement augmenté. On continue *nux vom.* et *gra-*

phos., 12^e, et on donne simultanément *protocalate de fer* (1^{re} trit., au 10^e), 10 centigr. par jour.

Le 21. La malade a repris une partie de ses forces. Son état général est très-satisfaisant. Ayant une place avec un ouvrage très-peu pénible, elle demande à quitter. On lui donne à emporter *nux vom.* et *graphites*, 12^e, et *protoxal. de fer*.

Nous avons revu depuis cette malade à la consultation, elle s'est rétablie tout à fait et sa santé continue à rester bonne.

DIX-HUITIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Congestion chronique du foie. — Observation. — Ce que c'est que la congestion chronique du foie ; les maladies dans lesquelles on l'observe. — Ses symptômes. — Étude séméiotique sur la matité hépatique. — Gravité de la congestion chronique du foie. — Indications du *vipera* et du *nux vomica*. — Hypochondrie. — Observation. — Indications du *nux vomica* et *aurum*.

Voici encore un fait capable de produire dans vos esprits une démonstration invincible de l'action des doses homœopathiques. Il ne s'agit point, en effet, ici, d'une de ces affections nerveuses qui nous étonnent quelquefois par leur guérison subite et inattendue, ni d'une de ces lésions qui disparaissent par les seuls efforts de la nature. Une congestion chronique ayant amené un développement parfaitement tangible et pondérable du foie ; congestion développée sous l'influence de la dysentérie des pays chauds, se maintenant avec des alternatives, il est vrai, de mieux et de plus mal, mais sans jamais disparaître depuis huit ans ; ayant résisté à toutes les ressources de l'allopathie et au changement de climat depuis sept années, s'améliore en quelques jours, puis disparaît complètement sous l'influence du venin de vipère et de la noix vomique ; enfin cette guérison s'est maintenue dix mois après la sortie du malade de l'hôpital Saint-Jacques. Tel est le fait qui réunit, je pense, toutes les conditions pour entraîner la conviction des médecins qui ne sont point aveuglés par l'esprit de système. Voici l'observation détaillée de ce malade.

OBSERVATION XLIX. — *Congestion chronique du foie, suite de dysentérie des pays chauds.*

M. Rochelin, 36 ans, entré le 26 décembre 1874, sorti le 8 janvier. (Salle des hommes, n° 4.)

Cet homme, d'une constitution robuste, a joui d'une très-bonne santé jusqu'en 1866.

A cette époque, il alla en Égypte, où, après un séjour de quelques mois, il contracta une dysentérie avec maladie du foie. Il dit avoir été traité dans ce pays pour une congestion hépatique.

Pendant un mois que dura sa maladie en Égypte, il eut de la diarrhée. Les selles étaient brunâtres, mais le plus souvent sanguinolentes.

L'hypochondre droit devint le siège d'une douleur assez violente, accompagnée de fièvre et d'inappétence. En même temps apparut de l'ictère, mais bornée simplement à la conjonctive et à la peau de la face.

Il revint en France en 1867. Sa santé se rétablit fort incomplètement, et il resta soumis à des souffrances gastro-intestinales presque constantes. En 1872, il éprouva du malaise, un léger mouvement fébrile bientôt suivi d'une diarrhée, en tout semblable à celle qu'il avait eue en Égypte, d'un ictère très-léger et de douleurs dans la région du foie. Cette attaque dura environ six semaines. Il fut repris vers le mois de janvier 1874; mais dans l'intervalle qui sépara ces deux dernières crises, il continua à éprouver des douleurs au niveau du foie, et pendant tout l'été dernier, il a été sujet à la diarrhée avec selles sanguinolentes.

Aujourd'hui, voici l'état que nous présente le malade. Il se plaint d'une douleur continue dans l'épaule droite, et, en même temps, d'une gêne notable dans l'hypochondre droit. A la percussion, on constate que le foie est considérablement augmenté de volume. Il remonte très-haut ; et en bas, il déborde de trois travers de doigt le bord des fausses côtes.

L'appétit est très-diminué, les digestions sont longues et difficiles. Il y a de la constipation.

On prescrit *vipera torva*, 3^e trit., 20 centigr., en quatre doses dans la journée.

30 décembre. Il y a une légère amélioration. La région du foie est moins sensible. *Dito*.

3 janvier. Le mieux qui s'était produit les jours précédents a disparu. Le malade souffre beaucoup de son épaule droite. Nous hésitons à changer le médicament ; mais, considérant qu'il y a déjà une diminution très-petite, mais incontestable, de la matité, nous continuons *vipera torva*, en passant à la 2^e trituration. *Sain*.

5 janvier. L'état général est meilleur ; le malade a repris quelques forces ; l'appétit est un peu revenu. De plus, par la percussion, on constate que le volume du foie a beaucoup diminué. Il déborde à peine le rebord de fausses côtes du côté droit. *Vipera*, 2^e trit., 20 centigr.

8 janvier. Le malade va de mieux en mieux. La douleur de l'épaule droite a disparu complètement et le foie est revenu à peu près à son volume normal. Nous avons revu le malade à la consultation dix jours après. Il continuait à aller bien.

Nous avons revu le malade à la fin d'octobre. Jusqu'au mois d'avril il éprouva des alternatives de mieux et de plus mal. Aujourd'hui il y a une amélioration

absolue qui est extrêmement remarquable. Les forces et l'embonpoint sont revenus, et bien que le foie présente encore des accès de congestion avec gonflement, ces accès sont loin d'avoir l'intensité des premiers. Nous nous sommes bien trouvé de prescrire à ce malade, quand les troubles gastriques prédominent, *nux vomica*, 30^e, deux fois par jour pendant quatre jours. *Vipera*, 2^e trit., était repris au contraire quand le foie augmentait de volume.

31 octobre. Le malade va de mieux en mieux, il est fort engraisé et n'a pas eu de rechute depuis plusieurs mois.

Messieurs, nous trouvons utile d'insister un moment sur la question des *congestions chroniques du foie*. Il appartient, en effet, à la clinique d'éclairer, à propos des faits particuliers qu'elle rencontre, les problèmes de pathologie que la nosographie, avec sa méthode didactique, laisse quelquefois dans l'obscurité. Or, il en est ainsi de la congestion chronique du foie, et, en général, les médecins se font une idée assez confuse de la pathogénie de cette lésion et de ses signes.

La congestion chronique du foie est essentiellement constituée par un afflux de sang beaucoup plus considérable que dans l'état physiologique. Cette lésion diffère de l'*hypertrophie*, parce qu'elle ne s'accompagne pas de l'augmentation du nombre des cellules du foie; des *hépatites chroniques*, parce qu'elle ne sollicite ni la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, ni la dégénérescence graisseuse de l'organe; des *lésions organiques*, parce qu'on ne rencontre dans les congestions chroniques ni production amyloïde, ni dégénérescence hétéromorphe d'aucune espèce.

Dans quelles maladies observe-t-on cette lésion dénommée congestion chronique du foie?

1° Dans tous les cas où il existe un obstacle mécanique au retour du sang du foie dans le cœur droit. Les affections du cœur, et en particulier celle de la valvule mitrale, sont les plus fréquentes; puis viennent la compression exercée sur les veines caves par des tumeurs ganglionnaires ou autres; enfin, la gêne de la respiration provenant d'une affection aiguë ou chronique des voies respiratoires; mais ces dernières causes sont infiniment moins puissantes que les premières.

Les *congestions chroniques* du foie de nature mécanique varient avec la cause dont elles dépendent. Ce sont ces congestions qu'on appelle encore *congestions passives*.

2° En dehors des causes mécaniques, les congestions chroniques du foie s'observent principalement dans la cachexie des fièvres intermittentes, dans la dysentérie des pays chauds, et dans la leucocythémie. Voilà les trois maladies qui produisent les huit dixièmes des congestions chroniques du foie; presque toutes les autres appartiennent à l'alcoolisme. Citons encore, pour être complet, quelques cas dus au scorbut, à la goutte, à la syphilis (en dehors de l'hépatite syphilitique), et à la scrofule.

Maintenant que nous connaissons, d'une manière positive, ce que c'est que la congestion chronique du foie, et dans quelles maladies on rencontre cette lésion, recherchons les symptômes qui l'accompagnent et qui permettent de la diagnostiquer.

Le premier par son importance, celui qui, même isolé,

suffit au diagnostic, et qui, absent, exclut absolument l'existence de la congestion chronique du foie, est l'augmentation de volume de l'organe malade. Cette augmentation de volume du foie se constate par la percussion et par la palpation.

La *palpation* permet de reconnaître que le foie déborde les fausses côtes. On perçoit alors, en faisant coucher le malade sur le dos et en relâchant les muscles de l'abdomen, le bord du foie au-dessous des fausses côtes, dans l'hypochondre droit : il donne la sensation d'une tumeur résistante, lisse, et suivant exactement les mouvements du diaphragme pendant la respiration.

Mais le foie peut être abaissé sans être augmenté de volume, et la *percussion* doit venir ici contrôler et préciser la valeur des signes fournis par la palpation.

Pour faire utilement la percussion du foie, il faut connaître la hauteur de la matité dans l'état physiologique; il faut savoir, en outre, que cette matité a un caractère particulier : c'est qu'elle est *relative* dans la première partie de sa hauteur (en percutant de haut en bas), et *absolue* dans la partie inférieure. Avec ces deux renseignements, on arrivera à reconnaître, d'une manière précise, le volume du foie, et à ne pas prendre pour la matité hépatique la matité due à un épanchement pleurétique, comme nous le dirons dans un moment.

Voici, d'après Monneret, les mesures données par la percussion du foie : sur la ligne médiane, la matité est de 5 centimètres et demi; sur la ligne mamelonnaire, cette matité est de 12 centimètres et demi; sur la ligne axillaire, 10 centimètres et demi; enfin, sur la ligne scapulaire, 9 centimètres et demi.

Nous disions que, en procédant de haut en bas, la percussion du foie donnait, dans une certaine étendue, une *matité relative*. Ce phénomène tient au rapport anatomique du foie et du poumon. Le lobe droit du foie présente une surface convexe qui se loge exactement dans la concavité de la face inférieure du diaphragme. Le poumon présente à sa base une concavité correspondante; en sorte qu'il *coiffe*, pour ainsi dire, le lobe droit du foie. Or, cette disposition naturelle se trouve exagérée quand le foie augmente de volume. Les bords amincis de la base du poumon droit restent dans la rainure diaphragmatique, tandis que le centre se déprime et s'excave pour recevoir le foie hypertrophié.

Cette disposition topographique du foie et du poumon fait parfaitement comprendre que la partie supérieure du foie hypertrophiée donne à la percussion une *matité relative*, puisque cet organe qui fournit le type de la matité absolue est séparé des côtes par une portion du poumon, qui est un organe extrêmement sonore; et comme la lame pulmonaire interposée entre le foie et les côtes est d'autant plus mince qu'on se rapproche davantage de la base de la poitrine, il en résulte que la matité augmente à mesure que la percussion descend, et qu'elle devient absolue quand elle atteint le point où le foie n'est plus *protégé* par le poumon.

Il y a donc là une forme particulière de matité, et si nous avons insisté sur ses caractères, c'est qu'elle est d'une extrême importance pour le diagnostic. Rappelez-vous en effet que le foie peut déborder les fausses côtes sans être réellement hypertrophié; qu'il peut, par exemple, être repoussé par un épanchement pleurétique. Eh bien, comment, dans ce cas, distinguez-vous

par la percussion seule un foie abaissé par un épanchement pleurétique, d'un foie hypertrophié ? Par la forme et les caractères de cette matité.

En effet, je suppose un épanchement s'élevant en avant jusqu'au mamelon, et le foie repoussé à trois travers de doigt au-dessus des fausses côtes, la matité sera absolue depuis la limite supérieure de l'épanchement jusqu'aux limites inférieures du foie. Si au contraire c'est le foie qui s'élève jusqu'au mamelon, la matité sera incomplète, relative, au moins pendant trois travers de doigt, et ce caractère suffira au diagnostic de la lésion.

Le second symptôme produit par la congestion chronique du foie est la *douleur*. Cette douleur est sourde quelquefois, c'est une simple gêne, elle siège dans l'hypochondre droit et retentit souvent dans l'épaule du même côté, c'était le cas de notre malade. Cette douleur augmente par la palpation ou par le mouvement.

Un certain degré de dyspnée, de la dyspepsie, de la constipation et plus souvent de la diarrhée, quelquefois de l'ictère, sont les conséquences habituelles de la congestion chronique du foie. Ces symptômes existaient chez notre malade.

Le *pronostic* de la congestion du foie est généralement grave, et si nous en croyons les descriptions classiques, une congestion durant plus de huit ans devrait être arrivée depuis longtemps à la période d'hypertrophie et de cirrhose, c'est-à-dire à l'incurabilité presque absolue. L'histoire particulière qui sert de sujet à cette leçon, vous démontrera la fausseté de cet enseignement, puisque

notre malade a gardé, avec des alternatives il est vrai, une congestion chronique du foie pendant huit années, sans que cette lésion soit arrivée à une dégénérescence de la glande biliaire et à l'incurabilité. Du reste la guérison d'un cas aussi ancien n'en est pas moins un résultat très-remarquable et une démonstration catégorique de l'efficacité de la médication homœopathique.

Pourquoi avons-nous donné le venin de la vipère à notre malade?

L'histoire des accidents déterminés par la morsure de la vipère et par celle de tous les serpents venimeux, démontre une action évidente des venins sur le foie : le gonflement et la douleur du foie, l'ictère, sont des symptômes notés par les observateurs, et qu'il est par trop naïf d'attribuer à la frayeur du blessé. Les autopsies des personnes mortes à la suite de la piqûre du trigonocéphale et du crotal, ont permis de constater une congestion énorme, quelquefois avec ramollissement du tissu hépatique.

Le venin des serpents est donc un médicament du foie. Maintenant j'ai choisi celui de la vipère parce que mon expérience clinique m'a démontré plusieurs fois déjà son efficacité dans des cas analogues.

Je dois vous faire remarquer que le huitième jour de l'administration de *vipera* et après une amélioration bien constatée, nous avons noté une aggravation caractérisée par une douleur très-vive dans l'épaule droite. Devions-nous continuer le médicament ou passer à un autre? J'avoue que j'ai hésité un instant; mais devant une diminution, minime il est vrai, mais néanmoins incon-

testable du volume du foie, j'ai continué *vipera* en augmentant considérablement la dose, puisque je suis passé de la troisième trituration à la deuxième, et deux jours après je constatais une nouvelle et plus grande amélioration. Dans ce cas je suis passé à une dose beaucoup plus forte pour que le doute sur la bonté du médicament ne se prolongeât pas indéfiniment, et parce que j'attribuais le retour de la douleur non pas au mauvais choix du médicament, mais à l'insuffisance de la dose.

Que serait-il arrivé cependant si en face de l'aggravation de la douleur de l'épaule j'avais changé de médicament? Il est très-probable que le malade n'aurait pas guéri et qu'au lieu d'un succès, nous aurions eu à enregistrer un échec.

Je dois à ce propos vous rappeler un précepte que je vous ai déjà donné. C'est qu'il ne faut pas, sans une raison bien évidente, changer de médicament dans le traitement des maladies. Il est cent fois préférable de perdre quelques heures dans une maladie aiguë et quelques jours dans une maladie chronique, par la continuation d'un médicament inutile, que de changer un médicament au moment où il va produire son action.

Nux vomica a été un auxiliaire puissant de *vipera*, il a agi très-favorablement sur les fonctions digestives et a contribué à la guérison du malade.

Si, en terminant cette leçon sur la congestion du foie, nous vous parlons du malade couché au n° 2 de la salle des hommes, et affecté d'hypochondrie, ce n'est pas que nous croyions aux théories anciennes sur le rôle du foie et de l'*atrabile* dans la production de l'hypochondrie. Nous repoussons également les hypothèses humorales et les hypothèses *psychiques* plus modernes, et nous pro-

fessons hautement que la manie des explications physiologiques des *maladies* est la plaie de la saine nosographie. Autant la physiologie nous offre d'enseignements précieux pour l'explication des *symptômes* qui ne sont que des troubles fonctionnels, autant cette science est impuissante à expliquer cet état de l'être vivant qui constitue la *maladie*. Si donc je vous parle aujourd'hui de notre hypochondriaque, c'est qu'il va nous quitter très-prochainement, et que plus tard vous l'auriez peut-être oublié. Voici d'abord son observation :

OBSERVATION L. — *Accès d'hypochondrie sous le type tierce.*

M. Dupin. 45 ans, entré le 2 décembre 1874, sorti le 29 décembre. (Salle des hommes, n° 2.)

La maladie de cet homme remonte à quinze mois. Il est maigre, pâle et paraît avoir beaucoup souffert de privations dans ces derniers temps.

L'affection pour laquelle il entre dans nos salles est remarquable par des crises qui viennent tous les deux jours, et qui sont alors caractérisées par de l'inappétence, un malaise général, une faiblesse extrême, une grande tristesse et une céphalalgie violente, par une apathie qui rend ce malade presque indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

Les jours où il n'a pas de crises, le malade est assez bien. Il a bon appétit, et de plus, ses souvenirs sont exacts, ce qui n'a pas lieu le jour où il a ses crises.

La constipation est habituelle chez ce malade.

Les premiers jours, on le traite par l'expectation.

5 décembre. On fait une injection hypodermique avec une solution de *sulfate de soude* au 1/10, que l'on répète

le lendemain pour combattre la constipation opiniâtre du malade, mais nous n'obtenons aucun succès par ce moyen.

Le 10. On donne *diadema*, 3^e trit., 20 cent. que l'on continue jusqu'au 16 décembre.

Le 16. Les accès persistent et viennent régulièrement tous les deux jours. On prescrit *nux vom.*, 30^e.

Le 18. Sous l'influence de *nux vom.*, on constate une légère diminution dans la céphalalgie au moment des crises. Même médicament.

Le 23. On suspend toute médication, parce que l'amélioration est très-notable, et que les crises ont cessé.

Le 27. Le mieux continue. On prescrit *Aurum*, 30^e, indiqué par la grande tristesse du malade.

On continue ce médicament jusqu'au 29 décembre, et le malade nous quitte dans un état assez satisfaisant.

Ce cas est un spécimen assez rare d'hypochondrie et qui ne rentre pas dans le cadre classique que nous avons donné de cette maladie (voir notre *Médecine pratique*, t. I, p. 407). Nous divisons en effet l'hypochondrie en deux formes, une *forme commune*, à marche à peu près continue et d'une durée indéfinie; et une *forme périodique*, caractérisée par des accès de longue durée se reproduisant à des intervalles considérables. Mais ici, nous avons un exemple d'accès hypochondriaque d'une durée de 24 heures et revenant sous le type tierce. La dénomination de *périodique* qui ne s'applique qu'au retour d'accès, dont les intervalles se comptent par semaine, par mois ou même par année, ne convient pas ici. Le terme *intermittent* serait seul convenable puisqu'il sert à désigner des accès revenant à intervalles courts, et

qui se comptent par jours comme ceux de la fièvre intermittente, par exemple. C'est donc, comme je vous le disais tout à l'heure, un cas exceptionnel ; mais les cas exceptionnels constituent précisément les difficultés de la pratique de la médecine, et c'est pour cela que j'ai voulu vous dire deux mots de ce malade.

Dans les premiers jours qui ont suivi l'entrée de ce malade dans ma salle, j'ai cru à une simulation ; et je pensais que cet homme extrêmement misérable était bien aise de se reposer à l'hôpital. Mais une observation attentive, dans laquelle nous avons été bien secondé par notre interne, ne nous a pas permis de conserver cette opinion. Tous les deux jours le malade tombait dans une espèce de torpeur, cessait de manger (ce qui dans le cas présent était un argument sans réplique de la véracité de ses souffrances), pour reprendre le lendemain un aspect à peu près physiologique.

Pendant huit jours le malade resta en observation et sans médication active. Le huitième jour je prescrivis *diadema* (2^e trit.). Ce médicament, ainsi que *tarentula*, m'a donné de bons résultats dans le traitement des affections nerveuses revenant par accès intermittent ; continué pendant six jours, *diadema* ne modifia en rien l'état du malade. Je prescrivis alors *nuxvomica*, 30^e, indiqué par la maladie hypochondriaque. Le troisième jour de l'usage de ce médicament on constata une diminution notable de la céphalalgie pendant l'accès ; le huitième jour on suspendit toute la médication, parce que l'amélioration était considérable et les accès à peine marqués. Quatre jours après nous prescrivions *aurum*, 30^e, qui acheva la cure.

Il est d'autant plus utile de rappeler ici que *nux vo-*

mica est, comme l'enseignait Hartmann, le médicament principal de l'hypochondrie que les auteurs les plus récents, Richard Hughes en particulier, ont complètement omis cette indication. Voici les symptômes principaux qui indiquent *nux vomica* dans le traitement de l'hypochondrie : troubles gastriques, dyspepsie, inappétence, constipation opiniâtre, grande irritabilité, tristesse profonde, surtout si cette tristesse s'accompagne de crainte de la mort et d'impulsion suicide. La noix vomique est principalement indiquée dans l'hypochondrie hémorrhoidale.

Les troubles gastriques, l'inappétence, les constipations et le retour des accès sous le type tierce furent les trois symptômes qui, dans le cas présent, nous décidèrent pour *nux vomica*. Il ne faut pas oublier, en effet, que *nux vomica* répond, comme china et arsenic, aux affections intermittentes et que, à ce titre, c'est le meilleur médicament des névralgies intermittentes dont les accès reviennent tous les matins ou tous les deux matins. *Aurum* était indiqué dans le cas présent par la profonde tristesse du malade.

Pendant les huit jours que ce malade est resté en observation, nous avons expérimenté un moyen préconisé par M. Luton (de Reims) contre la constipation. Ce sont des injections hypodermiques de sulfate de soude en quantité infiniment petite pour combattre la constipation. Ce moyen, continué pendant plusieurs jours, ne nous a donné aucun résultat.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

De l'ophtalmie scrofuleuse.

SOMMAIRE : L'ophtalmie scrofuleuse est une *affection* ; elle présente trois degrés. — La blépharite. — Indications de *precipitatum rubrum*, *euphrasia*, *senega*, *calcareea carbonica*, *hepar sulfuris*, *digitalis*. — Orgeolet. — Indications de *pulsatilla*, *staphysaigre*, *silicea*. — Inflammation des voies lacrymales. — Indications de *silicea* et *calcareea carbonica*. — Conjonctivites scrofuleuses. — Indications d'*ipecac*, *belladonna*, *euphrasia*. — Kératite scrofuleuse. — Indications d'*ipecac* et *apis*. — Observations. — Lupus scrofuleux du pharynx. — Indications d'*hepar sulfuris*, *arsenicum*, *opium*. — Phthisie pulmonaire. — Deux observations.

Nous avons eu cette année, dans nos salles et à la consultation, une collection d'ophtalmies scrofuleuses qui nous permet d'étudier cette *affection* d'une manière complète.

L'ophtalmie scrofuleuse est, en effet, une *affection*, c'est-à-dire un ensemble de symptômes et de lésions localisé sur un organe et évoluant sous l'influence d'une maladie, la scrofule, qui lui imprime *tous ses caractères*. La tendance à l'ulcération, au ramollissement, à la suppuration et à la chronicité caractérise la scrofule. les lésions des paupières, de la conjonctive, de la cornée et de l'iris, que l'on rencontre dans les différentes formes d'ophtalmies scrofuleuses, présentent toutes cette tendance à l'ulcération, au ramollissement et à la chronicité, elle porte donc à juste titre la qualification de *scrofuleuse*.

La chronicité et la marche avec oscillation d'amélioration et d'aggravation à longues périodes sont très-

prononcées dans les affections scrofuleuses de l'œil, c'est pourquoi quand on ne possède point des moyens efficaces de lutter contre les *poussées aiguës* qui se reproduisent si souvent dans le cours de ces affections, l'œil finit par perdre tout ou partie de ses fonctions. Aussi, vous trouverez peu d'affections où il vous soit aussi nécessaire de vous armer de patience et de persévérance dans les mêmes moyens pour arriver à un résultat favorable. Si vous voulez bien vous rappeler en même temps que l'ophtalmie scrofuleuse est une affection extrêmement fréquente à Paris, vous comprendrez toute l'importance de cette leçon et pourquoi nous nous sommes permis d'entreprendre sur le terrain de la spécialité.

L'ophtalmie scrofuleuse présente à étudier trois degrés : l'ophtalmie superficielle, localisée sur les paupières et dans l'appareil lacrymal, c'est la *blépharite* ; la *conjonctivite*, limitée à la membrane muqueuse oculaire et palpébrale ; enfin la *kératite ulcéreuse* et *interstitielle* qui constitue la forme véritablement dangereuse de cette affection. Ces trois degrés peuvent se succéder ou coïncider chez le même individu. Ajoutons que la kératite peut s'étendre aux parties profondes de l'œil et se compliquer d'iritis, de perforation de la cornée et de fonte de l'œil.

1° *Blépharite scrofuleuse*. Elle débute soit spontanément vers l'âge de 8 à 10 ans, soit à l'occasion d'une autre maladie et en particulier de la rougeole. Son siège primitif est le bord libre des paupières, d'où elle peut gagner les glandes de Meibomius, la conjonctive et les voies lacrymales ; quelquefois elle occupe tous ces points

à la fois, mais elle est habituellement bornée à l'un d'eux, ou du moins elle prédomine dans un de ces points.

La blépharite scrofuleuse, dans son degré le plus faible, reste bornée au bord libre des paupières. Elle détermine en ce point une rougeur habituelle avec un état chassieux de l'œil. Dans un degré plus avancé, il se produit des granulations sur la conjonctive, de petites ulcérations sur le bord libre des paupières, la chute des cils, et la production fréquente d'orgeolets.

Nous avons dit que l'ophtalmie scrofuleuse superficielle pouvait se propager aux voies lacrymales; ajoutons que c'est là une source fréquente d'épiphoras chroniques, de tumeurs et de fistules lacrymales. .

Cette affection est extrêmement fréquente et vous avez pu en voir un grand nombre de cas à la consultation, vous avez dû être frappés de la ténacité de cette affection et du peu d'action de la thérapeutique sur elle. Nous n'employons point *habituellement* d'applications externes, telles que les pommades et les collyres; parce que nous avons observé maintes fois que ce genre de traitement n'avait qu'une action palliative. Cependant, dans les cas absolument rebelles, il ne faut pas priver le malade du soulagement qu'il peut retirer des applications externes, des pommades au précipité rouge en particulier.

Je n'ai point d'observations particulières à vous rapporter de cette variété de l'ophtalmie scrofuleuse, je me bornerai à vous rappeler les médicaments principaux qui sont indiqués et que vous m'avez vu prescrire contre cette affection à la consultation externe de cet hôpital.

Vous m'avez vu prescrire souvent le mercure. C'est le *precipitatum rubrum* que je prescrivis dans ce cas. Il convient quand il existe une certaine vivacité de l'inflammation. Les paupières sont rouges, enflammées, gonflées et couvertes de croûtes; elles sont agglutinées le matin; les bords sont souvent ulcérés. Hempel rapporte qu'un expérimentateur qui prenait de l'oxyde rouge de mercure, vit disparaître une inflammation chronique des glandes de Meibomius.

Euphrasia répond à un degré déjà avancé de la maladie et lorsqu'il existe des ulcérations des bords libres de la paupière.

Senega est indiqué principalement par un symptôme bien fréquent dans cette maladie: l'existence de croûtes sèches à la base des cils et la chute de ces derniers. *calcareæ carbonicæ* convient aussi dans ces circonstances.

Hepar sulfuris est très-important dans le traitement de la blépharite, Richard Hughes le recommande particulièrement quand les glandes de Meibomius sont très-entreprises.

Digitalis est très-recommandé par Hartmann dans les cas très-chroniques. Les malades accusent le soir, à la lumière, une sensation brûlante de sécheresse aux bords tarsiens, avec gonflement de la paupière inférieure. Il faut ajouter à ces symptômes: l'agglutination des paupières et une forte sécrétion de mucosité. L'inflammation des glandes de Meibomius spécialise encore l'indication de digitale.

La *pulsatille*, la *staphysaigre*, mais surtout *silicea* sont

indiqués contre les orgeolets. Enfin *silicea* et *calcareo carbonica* m'ont rendu de grands services dans le traitement de l'inflammation chronique des voies lacrymales.

2° *Conjonctivite scrofuleuse*. Placée entre la blépharite et la kératite, la conjonctivite scrofuleuse précède, suit ou accompagne souvent ces deux affections. Cependant elle peut exister seule. Sa marche est plus rapide que celle de la blépharite et sa guérison beaucoup plus facile. Jamais elle n'a la gravité de la kératite.

La conjonctivite scrofuleuse débute par la rougeur et la boursouffure de la conjonctive tant palpébrale que scléroticale ; elle occupe surtout le côté externe de l'œil. Elle se caractérise par le développement de pinceau vasculaire convergeant vers la cornée, et se terminant par une pustule suivie bientôt d'ulcération. Quelquefois au lieu d'une ulcération on observe des épanchements pseudo-membraneux et la formation de petites élevures comparables à des grains de millet. Cette lésion siège sur la sclérotique, elle s'accompagne de larmoiement, d'un certain degré de photophobie et d'une douleur modérée. Elle n'a pas comme la conjonctivite arthritique des aggravations quotidiennes revenant chaque soir. Mais sa marche est soumise à des aggravations et à des rémissions irrégulières comme toutes les affections scrofuleuses.

Vous m'avez presque toujours entendu prescrire *ipeca* (1^{re} trituration au 10^e) contre la conjonctivite scrofuleuse ; et vous avez vu le succès suivre cette administration d'autant plus rapidement que l'inflammation était plus aiguë.

C'est une véritable conquête de la thérapeutique contemporaine ; car s'il est juste de reconnaître que Hartmann avait déjà parlé d'ipéca dans le traitement de l'*ophthalmie catarrhale*, on doit ajouter qu'il en avait mal précisé les indications et qu'il en avait méconnu l'importance. Aussi ce médicament n'était point entré dans la pratique avant la publication d'Imbert Gourbeyre sur l'ipéca (*Art médical*, 1869), et les nombreuses applications que le Dr Hermel d'abord, et nous ensuite, avons fait de ce médicament au dispensaire de la rue de Verneuil. Nous reviendrons sur les indications d'ipéca à propos du traitement de la kératite.

Belladonna est indiquée dans deux circonstances différentes : quand il y a inflammation très-aiguë accompagnée de congestions violentes vers la face, rougeur interne de la conjonctive palpébrale et scléroticale, photophobie avec sécrétion peu abondante et *sécheresse des parties enflammées*.

La belladone est encore indiquée à une période plus avancée de la maladie ; faisceaux vasculaires étendus jusqu'à la cornée et présentant sur la sclérotique des pustules ou des végétations ; photophobie ou douleurs dans les yeux qui augmentent en ouvrant les paupières.

Euphrasia convient dans des circonstances analogues mais avec une abondante sécrétion de larmes et *coryza fluent*.

Il y a certainement encore bien des médicaments indiqués dans cette variété de l'ophthalmie scrofuleuse, mais nous ne faisons pas ici une leçon de pathologie. C'est pourquoi nous insistons principalement sur les cas que vous avez pu voir ; or, vous n'avez guère vu à

cette clinique prescrire qu'un seul médicament, ipéca ; par cette excellente raison qu'il suffit habituellement à la guérison.

3° *Kératite scrofuleuse*. — Elle est habituellement précédée ou accompagnée de la variété précédente, et quelques malades présentent simultanément la blépharite, la conjonctivite et la kératite. Cette dernière peut cependant exister seule.

La kératite scrofuleuse débute par la formation sur la cornée transparente de phlyctènes qui s'ulcèrent et s'étendent plus ou moins. En même temps des vaisseaux rouges se développent dans cette membrane, et si on l'examine à la loupe, à l'aide de la lumière oblique d'une lampe, on aperçoit une vascularisation plus ou moins étendue. Cet examen permet de constater en même temps de petits îlots de lymphé plastique entre les lames de la cornée. Dans certains cas cette infiltration devient plus considérable, les îlots s'agrandissent, et toute la cornée se trouve louche, grisâtre et plus ou moins opaque. On a donné à cette variété le nom de *kératite interstitielle*. Quand l'ulcération ou les ulcérations, car cette lésion est souvent multiple, existent sans infiltration notable, la kératite a reçu le nom d'*ulcéreuse*. Quelquefois les ulcérations de la cornée semblent faites à l'emporte-pièce, et sans aucun nuage sur les bords. La cornée présente alors des *facettes* multiples comme l'œil de certains insectes.

Les symptômes de la kératite scrofuleuse sont une douleur excessive, avec photophobie considérable et larmoiement. La photophobie est en rapport avec l'intensité de l'inflammation ; et, dans la période aiguë, elle

est tellement forte qu'il est impossible au malade d'ouvrir les yeux, et j'ai vu des enfants rester plusieurs semaines les yeux obstinément fermés.

Comme toutes les affections scrofuleuses, la kératite a une marche irrégulièrement périodique ; elle revient par poussées plus ou moins fortes, et est extrêmement sujette aux récidives et aux rechutes. Le retour de l'époque cataméniale est souvent, comme vous avez pu le voir chez la malade de l'observation LIII, une cause d'aggravation. Le travail des yeux, le froid, un rhume de cerveau, sont autant de circonstances qui ramènent l'inflammation ou qui l'augmentent.

Bien qu'on observe de temps à autre des formes inflammatoires dont la *durée* est assez courte, la kératite scrofuleuse constitue une affection d'une *durée totale extrêmement longue*, et qui, lorsqu'elle n'est pas traitée convenablement, se compte par années. Au début, lorsque le médicament est bien choisi, on peut obtenir la guérison en quelques semaines, comme dans l'observation LI.

J'ai eu des guérisons en quinze jours. Mais lorsque la kératite n'a pas été traitée, ou lorsqu'elle a été mal traitée, quand surtout il existe des lésions persistantes de la cornée, il ne faut pas compter sur la guérison avant plusieurs mois. Les épanchements fibrineux de la cornée, les pustules incomplètement guéries, les vaisseaux de nouvelle formation développés dans la cornée, sont des conditions toujours menaçantes d'un retour d'inflammation.

La kératite scrofuleuse peut se compliquer d'acci-

dents graves que vous ne devez pas ignorer. Ces accidents sont : l'épanchement de pus et la formation d'abcès entre les lames de la cornée ; la perforation de cette membrane, l'issue de l'iris à travers l'ouverture et la formation d'un staphylôme ; l'iritis, l'inflammation des parties profondes et la fonte de l'œil. Le jeune homme de l'observation LII vous a fourni un cas de formation d'abcès entre les lames de la cornée transparente.

Ipecu et *apis* sont les deux principaux médicaments de la kératite scrofuleuse. *Ipéca* est indiqué de préférence, quand la kératite s'accompagne d'une inflammation violente de la conjonctive scléroticale, et *apis* quand l'inflammation limitée à la cornée a produit soit une infiltration de cet organe, soit des ulcérations. Il ne faudrait pas croire cependant que l'*ipeca* n'agit que sur la conjonctive, et l'*apis* sur la cornée ; ces deux médicaments modifient l'affection tout entière. Seulement l'un nous a semblé préférable à l'autre dans les circonstances que nous venons de préciser. Voici une observation dans laquelle la kératite a cédé assez facilement à ces deux médicaments.

OBSERVATION LI. — *Ophthalmie scrofuleuse.*

Juliette Ollivier, âgée de 8 ans, entrée le 18 janvier, sortie le 14 février. (Salle II, n° 6.)

Cette enfant, assez robuste, a les apparences d'une santé générale satisfaisante, mais elle est sujette aux ophthalmies scrofuleuses.

Il y a deux ans, et l'année dernière, elle a eu mal aux yeux et cela pendant assez longtemps. La kérato-conjonctivite dont elle est atteinte aujourd'hui remonte à une dizaine de jours. L'œil gauche seul est pris. La cornée est opaque dans une petite étendue, ce qui rend la vue trouble de ce côté. Les deux paupières sont un peu tuméfiées, et présentent une injection très-vive.

Il n'y a pas de fièvre, et l'appétit est très-bien conservé.

On donne *apis*, 2^e trit., 20 centigr., à prendre en trois fois dans la journée.

23 janvier. La petite malade va un peu mieux. Il n'y a plus de larmoiement, et la photophobie est moins grande. Même médicament.

28 janvier. La conjonctive du côté droit est injectée et très-sensible à la lumière. La cornée, cependant, est transparente, et la vue, de ce côté, intacte. *Ipeca*, 1^{re} trit. au 40^e, 40 centigr., à prendre en trois fois dans la journée.

3 février. La taie de la cornée de l'œil gauche a diminué, et l'injection vasculaire de la conjonctive droite a considérablement diminué. Même traitement.

5 février. Il y a toujours de la photophobie du côté droit; il reste, de ce côté, de la blépharite ciliaire; la cornée de l'œil gauche est toujours malade. *Apis*, 1^{re} trit., 10 centigr., en trois fois dans la journée.

9 février. Les deux yeux vont bien. L'enfant peut fixer la lumière sans grande fatigue. *Apis*, 1^{re} trit., 20 centigr., de la même manière.

10 février. On prescrit *zincum oxydatum*, 3^e trit., 20 centigr., contre l'affection des paupières, jusqu'au départ de la malade.

L'enfant sort complètement guérie de sa kératite, mais présentant encore un certain degré de blépharite ciliaire.

Voici un exemple d'ophtalmie scrofuleuse dans lequel on trouve réunie la blépharite, la conjonctivite et la kératite, avec prédominance à certains jours de la kératite ou de la conjonctivite. Vous avez pu voir dans ce cas les indications d'ipeca et d'apis, et le mode suivant lequel j'ai l'habitude d'alterner ces deux médicaments dans le traitement de l'ophtalmie scrofuleuse. Ici le succès a été rapide, parce que les lésions de la cornée étaient peu avancées, et l'enfant est sortie guérie, au moins pour quelque temps, après vingt-cinq jours de traitement. La blépharite a persisté après la guérison de la kératite et la conjonctivite; c'est à titre d'essai que j'ai prescrit *zincum oxydatum*, et nous ne pouvons encore rien conclure sur le degré d'efficacité de ce médicament.

Voici maintenant un cas d'ophtalmie scrofuleuse beaucoup plus grave, et dans lequel vous avez pu suivre l'évolution d'abcès entre les lames de la cornée. Ce cas est survenu chez un jeune homme atteint déjà d'ulcération scrofuleuse de l'arrière-gorge et disposé par conséquent aux affections malignes de la scrofule.

OBSERVATION LII. — *Abcès de la cornée avec ophtalmie scrofuleuse.*

M. Frenette, 17 ans, entré le 8 janvier. (Salle des hommes, n° 2.)

Ce jeune homme, né d'une famille où tous les enfants sont scrofuleux, entra à l'hôpital pour de nombreux accidents strumeux.

Voici l'histoire de ce jeune malade :

D'une santé délicate, il a atteint l'âge de 16 ans, sans présenter les différentes affections du tempérament scrofuleux. Traité pendant près d'un an par un oculiste pour une conjonctivite du côté droit, il nous vint à la consultation vers le mois de novembre, en se plaignant de maux de gorge violents, gênant la déglutition, et de douleurs dans l'œil gauche.

A l'examen du malade, nous trouvâmes des taies sur la cornée, et deux ulcérations dans l'arrière-gorge, ayant perforé la voûte du palais et le pilier antérieur du voile du palais. Ces ulcérations et ces perforations siégeaient sur une induration et un gonflement considérable de toute l'arrière-gorge. Les ganglions sous-maxillaires étaient extrêmement tuméfiés et douloureux.

Ce malade avait été considérablement soulagé par le traitement qu'on lui appliqua, lorsqu'au commencement du mois de janvier, il arriva à la consultation souffrant beaucoup de l'œil droit, et accusant la perte complète de la vue de ce côté. La conjonctive était injectée, et formait un cercle rouge autour de la cornée ; entre les lamelles de cette dernière s'était formé un abcès qui avait environ 2 à 3 millimètres de diamètre, et occupait la partie interne de la circonférence de la cornée. *Apis* (3^e trit.), 25 centigr., à prendre dans la journée.

11 janvier. Il y a une légère amélioration. Les douleurs dont le malade se plaignait sont moins violentes. *Apis* (2^e trit.), 20 centigr., de la même manière.

14 janvier. L'abcès semble diminuer. L'injection de la conjonctive est moins grande. *Dito.*

18 janvier. L'amélioration s'accroît de plus en plus. L'abcès s'est déjà résorbé en partie. Le malade commence, en outre, à distinguer les objets avec l'œil droit. *Dito.*

22 janvier. Aujourd'hui, la conjonctive est beaucoup plus enflammée. Les douleurs sont revenues dans l'œil droit. *Apis* (2^e trit.), 50 centigr.

23 janvier. Le malade a eu la diarrhée pendant la nuit. On suspend *apis* et on donne *ipeca* (1^{re} trit. au 10^e), 25 centigr.

25 janvier. La diarrhée a complètement cessé. *Apis* (2^e trit.), 50 centigr.

27 janvier. La vue du côté droit est revenue assez bonne. La cornée paraît moins opaque au niveau de la petite collection purulente. *Apis* (2^e trit.), 4 gramme.

1^{er} février. L'état de l'œil malade est assez bon. Le jeune homme commence à distinguer vaguement les objets. *Apis* (1^{re} trit.), 20 centigr.

3 février. L'œil droit est très-douloureux aujourd'hui. De plus, il y a une injection assez vive autour de la cornée. *Ipeca* (1^{re} trit., au 10^e), 20 centigr.

5 février. Nouvelle poussée inflammatoire du côté de la cornée. A la partie supérieure et interne de celle-ci, il existe une petite collection purulente, ayant une étendue un peu plus grande que la première. Il y a du larmolement et de la photophobie. *Apis* (2^e trit.), 20 centigr.

10 février. L'œil va un peu mieux. L'injection est moins vive, et les douleurs que le malade éprouvait sont moins fortes. *Dito.*

15 février. L'abcès qui s'était produit en dernier lieu s'est presque complètement résolu. Une légère opacité remplace celui qui avait paru à la partie inférieure de la cornée. *Apis* (2^e trit.), 20 centigr.

17 février. L'amélioration continue. On donne alternativement *silicea*, 30^e et *apis* (2^e trit.), 20 centigr.

20 février. La vue est revenue faiblement. Le cercle vasculaire périkeratique diminue. *Silicea*, 30^e, et *aurum muriaticum*, 6^e, alternés.

22 février. L'inflammation reparaît et on revient à *apis* (3^e trit.), 20 centigr.

24 février. La conjonctivite a presque complètement disparu ; mais il reste deux points opaques sur la cornée, à l'endroit où siégeaient les deux abcès. *Apis* (1^{re} trit.), 20 centigr.

Le 1^{er} mars, il y a eu un nouvel abcès à la partie supérieure de la cornée. De plus, il se produisit plus tard un épanchement dans les deux genoux.

Ce cas n'est pas un succès brillant pour la thérapeutique, mais il a cependant son enseignement. Vous avez été à même de voir plusieurs fois, pendant le séjour de ce malade dans nos salles, l'action évidente d'*apis* sur les inflammations de la cornée. Mais qu'espérer d'une constitution aussi profondément atteinte, dans laquelle toutes les affections scrofuleuses tendent à revêtir la forme maligne. Aux mois de mars et d'avril, quand nous avons quitté le service, de nouveaux abcès se formèrent dans la cornée, et les articulations des deux genoux devinrent le siège d'épanchement.

A propos de ce jeune homme, je dois encore appeler votre attention sur l'affection de la gorge dont il était

atteint, et que vous n'aurez pas souvent l'occasion d'observer. Ces altérations profondes du voile du palais, des piliers et de la gorge, constituent, à vrai dire, le *lupus scrofuleux du pharynx*. Cette affection semble encore aujourd'hui à peu près incurable. Elle a quelquefois déterminé la mort par hémorrhagie, à la suite d'ulcération de la carotide.

La troisième observation est un exemple d'ophtalmie scrofuleuse ayant déjà plusieurs années d'existence à l'époque où la malade vint réclamer nos soins. Ici *ipéca* et *apis* n'ont amené que des améliorations passagères, mais *arsenic* a fini par amener une amélioration très-considérable, et qui dure maintenant depuis plusieurs mois. Vous remarquerez encore, dans cet exemple, que la gravité de la kératite est en rapport avec la gravité des autres affections scrofuleuses observées chez cette malade. Ainsi, pendant son enfance, elle a souffert d'affection scrofuleuse du tibia. C'est donc ici un cas de scrofule grave; quoi d'étonnant alors que la kératite participe à la malignité de la maladie.

OBSERVATION LVIII. — *Ophthalmie scrofuleuse, kératite double.*

Mademoiselle Emma, 22 ans (Salle III, n° 2.)

D'une constitution chétive, cette jeune fille a été sujette, dès son enfance, à de nombreuses manifestations scrofuleuses, principalement du côté des yeux et du système osseux.

La santé ne fut réellement bonne que de 10 à 15 ans. A cette époque, elle fut prise de kératite double. Trai-

tée pendant deux ans pour cette affection, elle semblait être guérie en 1873, mais la maladie ne tarda pas à reparaitre.

Elle nous rapporte que ses deux yeux ne sont jamais également malades. L'œil gauche, d'ordinaire, est beaucoup moins souffrant.

Pendant un traitement de quelques mois, elle fut soumise à l'action de bon nombre de médicaments, et passa par des alternatives de bien et de mal.

La malade se plaint de douleurs intenses dans les deux yeux et de céphalalgie frontale. Comme dans tous les cas analogues, les lésions de la cornée forment comme des points d'appel pour de nouvelles inflammations, et le terrain gagné pendant quelques semaines est bientôt perdu par de nouvelles récidives. Cette marche est habituelle quand la kératite existe depuis de longues années, et qu'elle a déterminé des lésions persistantes. Ces rechutes se manifestent principalement au moment des règles.

La conjonctive est rouge, épaissie, et présente quelques phlyctènes au pourtour de la cornée. Celle-ci est le siège d'une infiltration interstitielle avec vascularisation; elle présente, en outre, de petites ulcérations.

Au commencement du mois de décembre, on institua le traitement par *apis* (2^e trit.), 25 centigr., à prendre trois fois par jour.

Le 5. Il y a une légère amélioration (il y a moins de photophobie.) *Dito*.

Le 11. La malade peut ouvrir les yeux beaucoup plus facilement. L'injection conjonctivale a diminué. *Apis* (2^e trit.), 1 gramme.

Le 16. On constate aujourdhui une aggravation sous

l'influence ou malgré *apis*. La malade accuse de fortes douleurs dans les deux globes oculaires. Il y a aussi beaucoup de larmoiement. *Apis*, 30°.

Le 17. On suspend tout traitement.

Le 19. La malade va mieux. Les douleurs sont calmées. On revient à *apis*, 3^e trit., 20 centigr., dans la journée.

Le 20. L'amélioration continuant, on prescrit la 2^e trit., 20 centigr.

Le 23. La malade ayant ses règles, on suspend toute médication.

Le 28. *Apis* (1^{re} trit.), 25 centigr.

Le 30. La malade souffre beaucoup aujourd'hui. *Ipeca*, (1^{re} trit. au 10^e), 25 centigr.

3 janvier. L'état local des yeux est meilleur. Il n'y a presque plus de larmoiement. *Apis* (1^{re} trituration, au 10^e) 10 centigr.

Le 6. L'œil droit va beaucoup mieux que l'œil gauche. Elle l'ouvre assez facilement, et peut fixer, pendant un certain temps, un objet à la lumière. *Apis* (1^{re} trituration au 10^e) 20 centigr.

Le 13. L'amélioration continue. *Apis* (1^{re} trituration, au 10^e), 20 centigr.

Elle prend ce médicament jusqu'au 28 janvier, et on le suspend pendant l'époque menstruelle.

Le 30. On reprend *apis*, en commençant par la 1^{re} trituration, 10 centigr.

1^{er} février. *Apis* (1^{re} trit., au 10^e), 20 centigr., .

Le 2. L'amélioration s'accroît de jour en jour. La cornée devient de plus en plus transparente. Il n'y a presque plus de photophobie. *Apis* (1^{re} trituration, au 10^e), 30 centigr.

Le 5. On suspend le médicament à cause d'une aggravation notable.

Le 9. Les deux yeux sont restés dans un état stationnaire depuis quelques jours. *Apis*. 6^e, 5 gouttes.

Le 13. Le larmolement a considérablement diminué, ainsi que l'injection des conjonctives. On suspend le traitement, mais l'inflammation reparaît de nouveau, et on revient à *apis* (1^{re} trit.), 20 centigr.

Le 18. Depuis deux ou trois jours, il y a un arrêt dans la marche de la maladie vers la résolution.

On donne *apis* (1^{re} trituration, 10^e), 20 centigr., et en même temps on instille dans les deux yeux quelques gouttes de la solution suivante. *Apis* (1^{re} trit.), 10 cent. dans 5 grammes d'eau distillée. Aggravation considérable; on suspend tout traitement.

Le 22. Une nouvelle poussée inflammatoire du côté de la muqueuse oculaire continue. Les paupières sont tuméfiées, et les yeux fuient la lumière. On revient à *apis* (1^{re} trituration au 10^e), 10 centigr.

Le 27. Aucune amélioration ne s'est encore produite. La malade se plaint beaucoup de douleurs dans la région orbitaire, et la malade revient au docteur Frédault, ayant perdu l'amélioration du mois précédent.

Après notre départ, cette malade fut soumise à divers traitements, dont l'interne de la maison Saint-Jacques veut bien nous fournir le résumé suivant :

Cette malade dont les yeux se trouvaient, au commencement du mois de mars, dans une nouvelle période inflammatoire prit cuprum sulf. (3) jusqu'au 9 mars.

Le 9 mars, elle prit silicea (200) qui calma un peu les douleurs violentes dont elle se plaignait dans la région de l'orbite, mais sans produire aucune amélioration dans l'état local des yeux.

Le 13. *Apis* 3 trit. 20 cent.

Le 18. *Graphites* (200).

Le 23. L'état aigu persiste. Photophobie complète. *Phosphorus* (6).

Le malade prend ce dernier médicament jusqu'au 7 avril.

L'inflammation locale s'étant calmée, la cornée beaucoup moins épaisse permettait à la malade d'apercevoir les objets à une petite distance, lorsqu'elle eut une nouvelle poussée le 8 avril. *Pulsatilla* (6).

Le 13. Pas d'amélioration. *Phosphorus* (12).

Le 22. La malade se trouve un peu mieux, mais elle se plaint de douleurs névralgiques très-violentes. *Cadmium carbonicum*, 3 trit., 20 c.

Le 26. *Oleum harlemsis*, 3 trit. 20 c.

Le 3 mai. Même état, injection assez marquée de la conjonctive et de la cornée. *Graphites* (6).

Le 11. *Graphites* (6) et *nux vom.* (6).

Le 17. Pas d'amélioration. *Chininum sulf.* 3^e trit., 20 cent.

Le 22. *Natrum silicatum*, 3^e trit., 20 cent.

Sous l'influence de ce médicament, la malade va un peu mieux. Moins de larmolement.

Le 27. *Chininum sulf.* 3^e trit., 20 cent.

Le 3 juin. *Opium tinct.* 2 gouttes et *arsenicum* (6).

Le 6. La malade va manifestement mieux. On supprime *opium* et on continue à donner *arsenicum* (3).

Le 15. On reprend *opium tinct.* 2 gouttes, 2 cuille-

rées par jour et on donne tous les matins, à sec, *arsenicum* (6) que l'on continue pendant le mois de juin.

Sous l'influence de ces deux médicaments, l'amélioration s'accroît de plus en plus. Les petites pustules qui se trouvaient à la périphérie de la cornée disparaissent. La malade ouvre facilement les yeux et peut même lire sans éprouver trop de fatigue.

Le 1^{er} juillet. On continue à donner ars. (6), mais concurremment soit avec kréosote (6), soit avec belladone tinct. 2 gouttes, soit avec cannabis (3), jusqu'au commencement du mois d'août.

Mois d'août. A cette époque les deux yeux furent repris, mais très-légèrement. *Apis*, 3^e trit., 20 cent. jusqu'au 15, en même temps on prescrit protox. m. de fer 0,15 cent.

Le 15. La malade va bien. La vue reparait. Phosph. (6).

Le 4 septembre. Les yeux présentent, aujourd'hui, une injection assez vive ; sur le pourtour de la cornée droite apparaît une petite pustule. La photophobie, néanmoins, est moins marquée qu'aux reprises précédentes. *Ipeca*, (1^{re} trit. 40^e), 20 cent.

Le 13. Amélioration considérable. *Arsenicum* (3).

Le 18. Larmoiement des yeux et photophobie. *Apis*, 2^e trit., 20 cent. et quelques jours plus tard *apis*, 1^{re} trit., 20 cent.

Le 7 octobre. La malade se trouve dans un état très-satisfaisant. L'injection des paupières est très-peu marquée. Les opacités des deux cornées ont diminué considérablement d'épaisseur. *Euphrasia* (6).

Le 13. L'amélioration continue. Arsenic (12).

Le 15. A partir de ce moment, on ne donne plus aucun médicament jusqu'à la fin du mois, excepté le 25 octobre où l'on intercale une dose d'arsenic (6), et la

malade nous quitte le 4 novembre présentant encore quelques taies sur la cornée des deux yeux, mais ayant une vue assez satisfaisante.

Dans cet exemple, vous voyez *apis* et *ipec*a produire des améliorations incontestables, mais passagères, et en fin de compte l'affection, après trois mois de traitement, revenir à peu près au même point où elle était quand nous avons commencé le service. *Opium* (T. M.), *arsenic* (6) donné concurremment, puis *arsenic* (6) continué seul, ont modifié beaucoup plus profondément la kératite et, suivant nous, amené une guérison aussi parfaite que le permettait l'altération profonde de la cornée. Ne perdez pas de vue dans cette observation l'intervention passagère de *belladone* (T. M.), de *phosphorus* (6) et surtout du *protoxalate de fer*, le retour heureux, dans des circonstances bien déterminées, à *apis* et *ipec*a.

Cet insuccès n'est pas le seul que nous ayons éprouvé avec *apis* et *ipec*a. Cette année même nous étions appelé à donner nos soins à une dame qui, en couche de son huitième enfant, fut prise de kératite scrofuleuse à marche aiguë. Cette dame avait eu une première atteinte, sur le même œil, à l'âge de 12 ou 13 ans. La maladie avait été longue et avait laissé un trouble de la cornée transparente; elle éprouva une seconde attaque il y a quatre ou cinq ans, étant nourrice de son cinquième enfant; la guérison eut lieu en quinze jours avec *ipec*a et *apis*. Cette année, après une amélioration notable obtenue les huit premiers jours du traitement par *ipec*a et *apis*, ces deux médicaments deviennent impuissants, et des poussées successives amenèrent, au bout d'un mois, l'infiltration et la vascularisation de la

cornée. Cependant, sous l'influence du traitement, l'inflammation aiguë avait cessé complètement. Obligé de m'absenter à ce moment, la malade, ou plutôt sa famille, désira confier la suite du traitement à un spécialiste. L'atropine et les autres moyens n'eurent pas plus de succès qu'*apis* et *ipeca*, la cornée continua à s'infiltrer, et la malade guérit avec une taie définitive.

Il ne faut donc pas considérer *apis* et *ipeca* comme des médicaments infaillibles dans le traitement de la kératite scrofuleuse, mais seulement comme ceux qui réussissent le plus souvent dans ce cas difficile. Il est possible que l'état puerpéral de la dame dont nous venons de rapporter l'histoire soit une des causes de notre insuccès.

En médecine pratique, les questions doivent être retournées sous toutes leurs faces. Nous devons donc ajouter ici que dans deux cas récents où *apis mellifica* 3^e et 2^e trit., (c'est-à-dire l'abeille entière triturée) étaient restés inefficaces, *apium virus*, 6^e (c'est-à-dire le venin isolé de l'abeille), a produit rapidement la guérison. Est-ce au changement de la préparation ou au changement de la dilution qu'il faut attribuer le succès dans ces derniers cas? Question que des observations ultérieures ne tarderont pas à résoudre et dont nous espérons donner la solution dans une prochaine leçon.

Avant de quitter ce sujet rappelons qu'*ipeca* convient surtout dans les cas où il existe une violente inflammation de la conjonctive scléroticale; qu'*apis* est plus approprié aux inflammations et aux lésions de la cornée; mais que les deux médicaments agissent sur l'ensemble de l'ophtalmie scrofuleuse.

Voyons maintenant quels sont les autres médicaments indiqués dans le traitement de la kératite scrofuleuse.

Hepar sulfuris est un médicament que la clinique a démontré être très-efficace dans le traitement de l'ophtalmie scrofuleuse. Hartemann insiste particulièrement sur son efficacité dans la kératite, et, contrairement à toutes ses habitudes, il conseille les basses triturations. Richard Hughes n'est pas moins affirmatif sur l'efficacité d'*hepar sulfuris* ; il le regarde comme le premier médicament dans le traitement de la kératite scrofuleuse, et il affirme en avoir obtenu les meilleurs résultats. Il prescrit aussi les basses triturations.

C'est bien ici l'observation clinique qui a généralisé l'emploi d'*hepar sulfuris* dans le traitement de l'ophtalmie scrofuleuse, car la matière médicale expérimentale ne contient que de très-vagues indications sur ce point. Hahnemann, dans ses *maladies chroniques*, parle seulement de rougeur et d'inflammation de l'œil. Mais il n'est question ni d'ulcération, ni de taies de la cornée, ni d'aucun symptôme de kératite.

L'*arsenic* était signalé à l'attention des médecins par la fréquence des inflammations des yeux que l'on rencontre dans l'histoire des empoisonnements dus à cette substance. Cependant la matière médicale de Hahnemann ne contient aucun symptôme qui spécialise l'emploi d'*arsenic* dans le traitement de la kératite. C'est donc encore ici l'observation des malades qui a fourni les indications de l'*arsenic*. Ajoutons que ces indications sont assez vagues, et qu'en général, on prescrit l'*arsenic* quand les autres médicaments ont échoué. C'est du reste le cas de la jeune fille qui fait l'objet de l'observation LVIII.

A ce propos, je vous rappelle *opium*, qui eut certainement une influence incontestable dans la guérison

de ce cas difficile. Cependant la matière médicale de Hahnemann ne contient rien qui puisse indiquer opium dans la kératite, c'est encore là une indication purement clinique.

Nous n'avons eu cette année qu'un très-petit nombre de phthisiques; nous rapporterons seulement deux observations de cette maladie. Dans la première, on trouve un exemple de bronchite chez une tuberculeuse, combattue efficacement par *ipéca* et *hygène*. Le second cas est un exemple de phthisie avec caverne et diarrhée considérablement améliorée par le traitement homœopathique. Le régime maigre a été mis en usage chez ces deux malades. (Voir p. 174 et suiv.)

OBSERVATION LIV. — *Phthisie. — Bronchite accidentelle.*

Mlle B..., 29 ans, entrée le 4 janvier, sortie le 20 janvier. (Salle III, n° 3.)

Fille d'un père scrofuleux et phthisique, d'une mère goutteuse, cette malade n'a jamais joui d'une santé bien brillante. Dans son enfance, elle a eu des accidents scrofuleux et était sujette à s'enrhumer très-facilement. De plus, son père est mort phthisique, il y a déjà quelques années.

La malade ne tousse d'une manière continuelle que depuis cinq à six ans. Elle a eu, à plusieurs reprises, des crachements de sang; ses forces sont toujours allées en diminuant, et voici ce que l'examen de la poitrine nous démontre.

À la percussion, on trouve une matité presque complète, au sommet et en arrière des deux poumons.

À l'auscultation, on entend, des deux côtés, de gros râles humides, du sommet à la base.

La malade se plaint, en outre, d'un point de côté à gauche et siégeant vers le quatrième espace intercostal.

On donne *bryone* et *ipeca*, 12^e, alternés toutes les deux heures, et on met la malade au régime maigre.

Le 9 janvier. La malade va un peu mieux aujourd'hui. La toux est beaucoup moins fréquente. Même traitement.

Le 12. L'état général est meilleur; cependant la malade accuse une douleur continuelle à gauche. L'appétit, qui avait été presque nul, est revenu. *Bryone*, 3^e, 3 gouttes à prendre en quatre fois dans la journée.

Le 15. Le point de côté a légèrement diminué d'intensité, mais il y a toujours de la bronchite. On revient à *bryone*, 6^e, et *ipeca*, 6^e, en gouttes à alterner dans la journée.

Le 17. L'état local des poumons s'est aussi amélioré. Les râles sont moins nombreux et la respiration s'exécute plus librement. *Bryone* et *ipeca*.

On continue ces médicaments jusqu'au départ de la malade, qui nous quitte considérablement améliorée.

OBSERVATION LV. — *Phthisie*.

Gozon (Alfred), 11 ans, entré le 30 janvier, sorti le 24 février. (Salle des hommes, n^o 5.)

Cet enfant, pâle, à chairs molles et flasques, tousse depuis plusieurs années et n'a jamais eu une santé bien florissante.

Ses antécédents sont assez mauvais. Sa mère est morte phthisique depuis fort longtemps. De plus, d'après les renseignements assez incomplets qu'on nous a fournis, il paraît avoir eu, au commencement de l'hiver,

une pleurésie du côté gauche. Du reste, les nombreuses traces de vésicatoires, en font foi.

Le petit malade a beaucoup maigri dans ces derniers temps. Il a eu plusieurs hémoptysies il y a quelques jours.

Voici ce que nous trouvons à l'examen de la poitrine :

La percussion donne une submatité, en arrière et aux deux sommets.

A l'auscultation, l'oreille perçoit, en arrière, une respiration dure ; l'expiration est prolongée et même un peu soufflante. En avant et à gauche, on constate dans la région sous-claviculaire tous les signes d'une petite excavation pulmonaire. On entend à peine quelques craquements en avant et à droite.

On met le malade au régime maigre et on prescrit *drosera*, 3^e, 3 gouttes à prendre dans la journée.

Le 3 février. Les quintes de toux sont très-peu nombreuses. Tous les soirs, le petit malade est pris de fièvre. Le thermomètre marque 38°,5. Le pouls est à 104. Il y a, en même temps, une diarrhée séreuse assez fréquente. *Veratrum*, 3^e, 3 gouttes à prendre dans la journée.

Le 5. La diarrhée persiste, mais l'appétit, qui avait été nul au début, reparaît. Fièvre le soir ; T. 38°,4 ; P. 108. *Ipeca*, 1^{re} trit. au 10°, 20 centigr. à prendre dans la journée.

Le 8. La toux a considérablement diminué ; l'expectoration est nulle. La fièvre et la diarrhée ont cessé complètement. Même traitement.

Le 11. Les forces reviennent ; la toux devient de moins en moins fréquente. *Dito*.

Le 17. Le malade continue à aller mieux. A l'auscul-

tation, on n'entend plus de râles, mais les signes de la caverne persistent. Il prend *ipeca*, 1^{re} trit., 10^e, jusqu'à son départ.

Dans ce cas, le régime maigre ne fut pas maintenu dans toute sa sévérité, à cause de la diarrhée; mais cependant on n'accorda que très-peu de viande.

VINGTIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Pelvi-péritonite et hématocele péri-utérin. — Observation de pelvi-péritonite suppurée. — Description de la pelvi-péritonite. — Ses formes. — Diagnostic différentiel avec les phlegmons du ligament large et ceux de la fosse iliaque. — Traitement. — Aconit. — M. Gubler. — China. — Colocynthis. — Observation. — Cantharis. — Lachesis. — Silicea. — Arsenic. — Traitement des ménorrhagies. — Eaux minérales. — Médication palliative. — Soins hygiéniques.

Messieurs,

Je vous présente une malade atteinte d'une affection bien commune, d'une excessive gravité, et encore mal connue de la généralité des praticiens. Il s'agit d'une pelvi-péritonite primitivement adhésive et terminée par suppuration.

Vous nous permettrez d'insister longuement sur ce cas, dont l'intérêt pratique est évident. Voici d'abord l'observation.

OBSERVATION I. — *Pelvi-péritonite suppurée et ouverte dans le rectum.*

Madame N... est âgée de 31 ans, d'une constitution délicate; elle est en ce moment encore faible et très-notablement amaigrie.

Cette femme accoucha il y a douze ans pour la première fois. Elle fut traitée pendant dix-huit mois, après ses couches, pour une ulcération du col.

Sa santé ne s'est jamais rétablie complètement; elle souffre continuellement du bas-ventre, où elle éprouve des douleurs compressives et lancinantes. Ces douleurs sont beaucoup plus intenses au moment des époques qui sont toujours très-abondantes et durent fort longtemps.

Il y a dix-huit mois, elle remarqua que son ventre commençait à enfler considérablement. Six mois après elle eut tout d'un coup une perte de sang très-abondante qui ne diminua nullement le volume du ventre. A la suite de cette métrorrhagie, la malade éprouva tous les jours des frissons. Les applications de teinture d'iode, de bains de siège et les injections furent mis en pratique, mais n'amènèrent aucune amélioration dans l'état de la malade.

La malade resta dans un état caractérisé par un mouvement fébrile irrégulier : des douleurs dans l'hypogastre et dans le flanc gauche; ces douleurs s'aggravaient par la fatigue et à l'époque des règles. Amaigrissement et perte des forces; difficulté de plus en plus grande pour la marche. De temps à autre cette malade devenait beaucoup plus souffrante et gardait le lit. Enfin, vers le mois de septembre 1874, elle rendit une grande quantité de pus par le rectum. Cet écoulement est maintenant habituel en même temps que les douleurs sont moindres.

On reconnaît facilement à l'hypogastre une tumeur qui se prolonge profondément dans le côté gauche. On retrouve cette tumeur par le toucher vaginal. Elle occupe le cul-de-sac latéral gauche et le cul-de-sac postérieur.

Cette malade a éprouvé un grand soulagement du

traitement homœopathique prescrit par mon prédécesseur, le docteur Gonnard. C'est *silicea* qui a été le médicament principal; sous son influence l'écoulement du pus a beaucoup diminué et la malade a repris des forces et de l'embonpoint.

Nous avons revu cette femme quelques mois plus tard. Un travail excessif, joint à une conduite peu régulière, avait ramené l'écoulement purulent par le rectum avec des accès fréquents de douleurs et de fièvre.

Il s'agit ici d'un cas de pelvi-péritonite adhésive survenu à la suite d'une ulcération du col et probablement d'une métrite concomitante. Cette affection, aggravée par une vie de fatigue et par des excès vénériens répétés, peut-être aussi par des cautérisations intempestives, est enfin arrivé à suppuration depuis environ dix-huit mois.

La suppuration, caractérisée au début par un mouvement fébrile irrégulier, des douleurs constantes et surtout l'augmentation considérable de la tumeur, s'est terminée seulement une année après, par l'ouverture de l'abcès dans le rectum. Depuis ce temps, la fistule rectale a persisté et la malade, après avoir obtenu un mieux considérable, a vu toutes ses souffrances reparaître parce qu'elle a repris sa vie accoutumée, et il est extrêmement probable que la suppuration continuera, que la malade tombera dans la cachexie propre aux suppurations chroniques et qu'elle finira par succomber.

Je crois utile, à propos de cette observation, de vous parler aujourd'hui de la *pelvi-péritonite*, car il rentre dans le rôle de la clinique de faire l'histoire des maladies peu connues, lorsqu'un cas se présente à notre observation.

Sans vouloir m'arrêter longtemps à la partie bibliographique, je vous dirai que Lisfranc, le premier, décrit cette affection sous le nom d'*engorgement de l'utérus*; c'était un mérite d'indiquer un groupe nosologique caractérisé par des douleurs pelviennes et par l'existence d'une tuméfaction en rapport intime avec une partie de l'utérus. Le nom de *phlegmon péri-utérin*, malencontreusement inspiré à M. Nonat, par une trop complète assimilation des engorgements de l'utérus et des phlegmons de la fosse iliaque, qui constituent deux affections parfaitement distinctes et qu'il a confondues représente toutefois un certain progrès, car elle indique que la tuméfaction inflammatoire n'est pas inhérente à l'utérus comme on l'avait cru jusqu'aux recherches de Récamier. Mais c'est à MM. Bernutz et Goupil que revient l'honneur d'avoir constitué cette unité pathologique et de l'avoir parfaitement décrite.

Les causes auxquelles le plus souvent on peut attribuer le développement de la pelvi-péritonite sont en premier lieu l'état puerpéral (75 p. 100), ensuite l'état cataménial, puis la blennorrhagie, enfin les causes traumatiques, parmi lesquelles il ne faut oublier ni les excès de coït, ni l'emploi de l'hystéromètre et de la cautérisation au fer rouge.

M. Bernutz enseigne encore aujourd'hui que la pelvi-péritonite est toujours une *affection symptomatique* d'une maladie de l'utérus, des trompes ou des ovaires. Il me semble, cependant, qu'il suffit de jeter les yeux sur les causes de pelvi-péritonite énumérées plus haut et empruntées au livre de M. Bernutz, pour être convaincu que cette inflammation peut survenir indépendamment de toute *maladie définie*. A moins qu'on n'appelle maladie,

l'accouchement, l'avortement, la menstruation, le coït, l'hystéromètre, le fer rouge. Il est à penser que l'éminent pathologiste auquel nous empruntons tout ce que nous avons à dire sur un sujet qu'il a si bien et si complètement étudié, s'est laissé aller à une préoccupation intellectuelle en professant que la pelvi-péritonite est toujours une *affection symptomatique*. Nous croyons qu'un ensemble aussi complet, aussi caractéristique de symptômes et de lésions, soumis à une évolution si bien déterminée et survenant souvent en l'absence de toute autre maladie, constitue bien une *espèce morbide*, au moins dans le cas où on ne peut le rattacher à une affection utérine évidente.

La pelvi-péritonite est essentiellement constituée par l'inflammation de la séreuse du petit bassin. Cette inflammation correspond chez la femme à l'inflammation de la tunique vaginale chez l'homme, et la pelvi-péritonite blennorrhagique n'est que l'épididymite de la femme.

Cette maladie présente plusieurs formes, les principales sont la *forme commune* ou séro-adhésive, la *forme bénigne*, la *forme purulente*, la *forme chronique d'emblée* ; il y a encore une *pelvi-péritonite tuberculeuse* et une *pelvi-péritonite cancéreuse*, la *pelvi-péritonite hémorrhagique* admise autrefois par Bernutz, nous semble devoir constituer une variété de l'hématocèle.

Forme commune, elle est caractérisée par une inflammation de la séreuse avec fausses membranes et épanchement séreux. C'est la forme *séro-adhésive*. Son début est quelquefois brusque, quelquefois précédé pendant plus ou moins longtemps de douleurs dans le

petit bassin, douleurs en rapport avec une affection utérine préexistante.

Le début ressemble à celui d'une péritonite de moyenne intensité ; frisson initial ; vomissements répétés ; facies grippé ; pouls petit, serré, fréquent ; diarrhée ou constipation ; douleur dans une des fosses iliaques. Chez quelques malades les vomissements ont été si violents qu'on a pu croire au début du choléra.

La douleur est vive ; elle augmente par le mouvement et la pression, par les grands mouvements de respiration ; elle contraint les malades à se tenir pliés en deux ; elle rend très-pénible la miction et la défécation. Bernutz la compare au point de côté pleurétique. Cette douleur siège le plus ordinairement dans l'une des fosses iliaques, quelquefois dans l'hypogastre. Si à ce moment on pratique le toucher, on ne constate ni tumeur, ni déviation utérines, seulement, on augmente beaucoup la douleur pelvienne.

Pendant les premiers jours, la douleur et le mouvement fébrile continuent ; le pouls est petit et serré, avec une peau peu chaude comme dans la pleurésie. Après quelques jours, les symptômes généraux tombent, la douleur diminue, et on commence à sentir, dans un des culs-de-sac du vagin, une sorte d'empâtement, signe physique de la collection séro-fibrineuse qui constitue la lésion de la pelvi-péritonite.

Les évolutions que subit cette tumeur, les déviations qu'elle imprime à l'utérus sont, avec une douleur sourde, les symptômes de cette période de la maladie.

Signes fournis par le toucher et la palpation. — Au bout de quelques jours on perçoit un empâtement notable

dans l'un des culs-de-sac vaginaux ; à cet empâtement succède la sensation d'une sorte de fluctuation obscure, puis la possibilité de déterminer les contours d'une tumeur accolée à l'utérus, et dont elle est séparée par un sillon et située sur l'une de ses faces. C'est le plus souvent dans le cul-de-sac latéro-postérieur gauche que cette tumeur fait saillie ; mais elle peut occuper un point quelconque de cette région. Le toucher fait reconnaître en même temps une déviation utérine en rapport avec le siège de la tumeur ; déviation qui change et se modifie à mesure que la tumeur augmente ou diminue de volume.

Un peu plus tard, quand la maladie a fait des progrès, on peut constater l'existence de la tumeur par la palpation hypogastrique. Cette tumeur présente les sensations déjà perçues par le toucher ; elle occupe l'un des côtés de l'utérus, reste presque toujours dans la cavité du petit bassin, et dépasse rarement la branche horizontale du pubis, ce qui est un bon signe pour distinguer la pelvi-péritonite des abcès du ligament large.

Cette forme de la péritonite a une marche chronique avec des exacerbations. Les exacerbations surviennent à propos des règles, d'une fatigue, d'un excès vénérien. Les symptômes du début reparaissent, mais en petit, et la tumeur fait de nouveaux progrès. La métrorrhagie ou plutôt la ménorrhagie, la leucorrhée et les ulcérations du col accompagnent la pelvi-péritonite, mais la métrorrhagie est sous la dépendance immédiate de cette inflammation et imprime à la maladie un de ses caractères.

Après une durée déjà considérable, la pelvi-péritonite atteint la période de cachexie. L'anémie, un état

nerveux, une hystéralgie très-pénible, caractérisent cette période. A ce moment, les hémorrhagies sont plus abondantes encore, et surtout très-douloureuses. La tumeur est devenue dure, inégale, bosselée, et les déviations utérines sont définitives.

Quand la pelvi-péritonite doit guérir, les exacerbations ne se reproduisent plus ; les métrorrhagies cessent, le liquide se résorbe, la tumeur diminue, et bientôt il ne reste plus que des brides cellulaires, qui maintiennent les déviations utérines, et qui sont souvent le siège de douleur persistante comme les anciennes fausses membranes pleurétiques.

Arrivées à la cachexie, ces malades sont très-exposées à devenir phthisiques ; on observe alors un phénomène particulier qui donne une physionomie toute spéciale à ces cas pathologiques. A mesure que la phthisie fait des progrès, les symptômes de la pelvi-péritonite s'amendent ; les douleurs diminuent, les règles sont beaucoup moins fortes ; mais si au contraire l'affection de poitrine s'améliore, la pelvi-péritonite reprend toute son intensité, les douleurs et les hémorrhagies reprennent comme avant la phthisie, et pendant toute la vie des malades, on observe une sorte de *balance* entre les deux affections.

Mais la forme séro-adhésive de la pelvi-péritonite peut, comme la pleurésie séreuse, se terminer par *suppuration*. Pendant un mouvement fébrile violent, la malade éprouve des douleurs excessives, en même temps que la tumeur prend un développement considérable. La maladie se conduit alors comme nous le verrons, à propos de la forme purulente.

L'observation qui a été l'occasion de cette leçon, est un exemple de cette transformation purulente de l'épanchement de la pelvi-péritonite.

Forme bénigne. — Elle présente souvent des symptômes très-aigus, et qui simulent assez bien ceux de la péritonite; puis tout se calme; on constate la tumeur intra-pelvienne et les symptômes déjà décrits, à propos de la forme précédente; mais au bout de deux, trois ou quatre semaines, il survient une menstruation très-abondante, qui enlève tous les symptômes et termine la maladie.

Forme chronique d'emblée. — Elle débute sourdement et existe quelque temps, sans arrêter la malade; elle ne présente jamais cet appareil de symptômes qui pourrait faire songer à la péritonite. Une fois arrivée à la période d'état, elle ressemble beaucoup à la *forme commune*, présente les mêmes aggravations, la même marche et la même terminaison.

Forme purulente. — Bernutz l'appelle *pelvi-péritonite franche*.

Cette forme survient habituellement après l'accouchement ou l'avortement, mais pas toujours; et, tout récemment, nous en avons eu un cas, survenu spontanément pendant la menstruation.

Le début de cette forme est brutal: un violent frisson, suivi d'une chaleur qui souvent dépasse 40 degrés, avec un pouls dur et fréquent; un facies grippé; une douleur violente siégeant aux lieux habituels; des nausées et des vomissements marquent le début de cette forme.

Dans deux cas que j'ai vus en dehors de l'état puerpéral, la douleur était si intense, qu'il fallut absolument la calmer par des injections de morphine; ces douleurs revenaient par accès, arrachaient des cris à la malade, et ressemblaient aux douleurs d'accouchement; elles s'accompagnaient de ténésmes rectal et vésical, et étaient exaspérés par les besoins d'uriner et d'aller à la selle.

Dans les premiers jours la péritonite a une grande tendance à se généraliser, et on peut dire que c'est là le plus grand danger de la forme que nous décrivons.

Le facies reste mauvais; il existe des frissons erratiques, des sueurs; puis la tumeur se manifeste; elle s'accroît beaucoup plus rapidement, et devient bien plus volumineuse que dans les autres formes de cette maladie.

Cet abcès donne au toucher et à la palpation les signes que nous avons déjà décrits, au moins quant à son siège, mais présente le plus souvent une fluctuation évidente.

Comme tous les abcès internes, il s'accompagne d'un mouvement fébrile propre, et il est le siège d'un travail d'élimination. Ce travail peut être excessif, et amener soit une péritonite générale, soit une augmentation de la tumeur. Mais ordinairement, et après un orage et une aggravation de tous les symptômes, l'abcès s'ouvre dans une des cavités voisines: péritoine, vessie, vagin, intestin, et quelquefois dans plusieurs de ces cavités, soit simultanément, soit successivement.

Pendant la période suraiguë de ces abcès, nous avons observé quelquefois des érysipèles malins et des accès

pernicieux, comme dans la diathèse purulente puerpérale.

La mort arrive souvent dans cette période aiguë, par la violence de la fièvre ou par une complication de péritonite. Si l'abcès s'est ouvert largement dans le rectum ou le vagin, la guérison est la terminaison habituelle. Cette guérison se produit quelquefois rapidement, mais le plus souvent elle n'a lieu qu'après un écoulement purulent qui dure plusieurs mois, et quand la santé générale est complètement rétablie. L'ouverture par la vessie est moins favorable, il ne donne pas au pus un écoulement facile. Peut-il permettre l'infiltration urineuse de l'abcès? Je ne l'ai pas observé. Si l'ouverture dans l'intestin se fait par une perforation trop étroite ou très-haut dans l'intestin, dans le cæcum par exemple, le pus s'écoule difficilement; la maladie est interminable, et les femmes tombent dans la cachexie et l'hecticité, comme la malade que je vous ai montrée à cette clinique. Souvent cette suppuration provoque, en passant dans l'intestin, une diarrhée colliquative qui affaiblit considérablement les malades, et contribue beaucoup à produire une fâcheuse terminaison. Dans certains cas malheureux, l'abcès intrapéritonéal s'ouvre et se ferme alternativement à des intervalles, variables d'une semaine à plusieurs mois et la maladie se prolonge, au milieu de mille dangers, pendant plusieurs années.

Forme tuberculeuse. — Analogue à la pleurésie tuberculeuse; elle se distingue de la forme chronique d'emblée, compliquée de phthisie par ce seul signe, c'est que les métrorrhagies persistent jusqu'à la fin dans la

pelvi-péritonite tuberculeuse, tandis qu'elles cessent dans la pelvi-péritonite, compliquée de phthisie.

Diagnostic. — La pelvi-péritonite est quelquefois confondue avec les abcès de la fosse iliaque, les abcès du ligament large et les hématoécèles péri-utérins.

Comme nous avons dans nos salles un très-bel exemple d'hématoécèle, j'ai l'intention de vous faire l'histoire de ce cas pathologique, et nous remettrons à ce moment le diagnostic différentiel de cette affection, et de la pelvi-péritonite.

Quant aux phlegmons de la fosse iliaque et aux abcès du ligament large, on les distingue plus facilement d'abord, parce qu'ils ne s'accompagnent point des signes de péritonite, à moins de complications; parce que dans le phlegmon du ligament large, la tumeur perçue au toucher, au lieu d'occuper les culs-de-sac du vagin, siège dans la paroi même de cet organe, quand elle est perceptible; parce que cette tumeur forme immédiatement sous la paroi abdominale antérieure une sorte de *gâteau* peu épais, limitable à la palpation, et que Bernutz appelle le *plastron* abdominal.

Dans les *abcès de la fosse iliaque*, s'ils sont *superficiels*, la tumeur n'est point perceptible par le vagin, et elle vient promptement faire saillie vers la branche horizontale du pubis; s'ils sont *profonds*, ils s'accompagnent de la rétraction de la cuisse sur le bassin, par irritation du muscle psoas; souvent d'œdème des grandes lèvres, d'une tumeur profonde dans la partie externe de la fosse iliaque, qui plus tard devient perceptible sur les parois latérales du vagin et vers la branche horizontale du pubis.

Traitement. — La pelvi-péritonite est une maladie dont l'histoire pathologique est encore trop récente pour avoir un traitement classique, un traitement assis sur une expérience clinique suffisante. C'est pourquoi nous soumettons les indications suivantes, au contrôle de nos confrères et nous les engageons vivement à nous venir en aide pour compléter ce point de la thérapeutique.

Les indications pendant la période aiguë de la pelvi-péritonite se tirent de la violence du mouvement fébrile et de l'intensité de l'inflammation de la séreuse pelvienne. *Aconitum*, *colocynthis* et *cantharis* sont les trois médicaments qui conviennent le mieux à cette période de la maladie.

Aconitum est le médicament principal. Les allopathes eux-mêmes le prescrivent, dans ce cas, à la dose de 1 et de 2 grammes de teinture en 24 heures. Disons très-hautement que ces fortes doses n'offrent aucun inconvénient ; que beaucoup d'homœopathes ont l'habitude de ces doses et s'en louent sans restriction. Dans les cas très-aigus nous n'hésitons point à prescrire 20 et 30 gouttes de teinture mère par 24 heures. Mais dans les cas moins immédiatement menaçants, les dilutions basses (1^{er}, 2^e et 3^e) nous ont toujours suffi. Quelle que soit la dose, l'aconit doit être continué tant que le mouvement fébrile persiste dans toute sa violence.

Les symptômes qui indiquent plus particulièrement l'aconit se tirent, nous l'avons dit, du caractère de la fièvre et de l'inflammation de la séreuse. Nous devons rappeler ici quels sont les caractères de la fièvre qui

indiquent l'aconit. Au début, frisson avec pâleur, suivi d'une chaleur violente, avec rougeur de la face, pouls grand et fréquent, soif excessive. Mais le symptôme le plus important, parce qu'il spécialise tout à fait l'aconit, est l'angoisse avec agitation, sentiment d'une mort prochaine et état lipothymique. Ces derniers symptômes s'observent aussi bien pendant le frisson que pendant la chaleur.

Ces symptômes se retrouvent tous dans l'action physiologique de l'aconit.

Quand ce médicament est administré à dose toxique voici, d'après Richard Hughes, les symptômes observés : « Dans l'empoisonnement aigu, la dilatation de la pupille, la pâleur du visage, la vitesse et la concentration du pouls, et le refroidissement général, dénotent une excitation des nerfs vaso-moteurs de tout le corps.... End'autres termes, nous avons là un état correspondant au frisson de la fièvre...., au collapsus du choléra.... Lorsque la réaction survient, l'état de chaleur fébrile remplace celui de frisson ; et, comme le remarque le Dr Wood, « la circulation, la respiration et la température générale, sont quelquefois augmentées. » Ce fait se voit dans le cas d'empoisonnement (n° 10) de la série du Dr Hempet ; mais il est encore plus marqué dans les expériences autrichiennes. » (Richard Hughes, traduction du Dr Guérin-Méneville, p. 39.)

Dans mes expériences sur l'homme et sur les lapins, faites avec le concours du Dr Jablonski, et publiées dans l'*Art médical*, 1871, l'aconit fut administré à doses moyennes (de 10 à 60 gouttes), nous avons noté comme effet primitif l'augmentation de la température et l'accélération du pouls.

L'aconit offre donc, dans son action physiologique, l'image d'un accès de fièvre, depuis le frisson jusqu'à la chaleur, et son action favorable est une démonstration de plus de la vérité de la loi de similitude.

Mais il est des esprits chagrins qui ne peuvent consentir à revenir sur des jugements prononcés en un jour de passion et à reconnaître qu'ils ont eu tort de condamner une doctrine sans l'avoir examinée. M. Gubler est de ce nombre, et son *Coder* ne semble pas avoir été entrepris dans un autre but que celui de démontrer la fausseté de la loi de similitude. Son élève M. Franceschini vient de publier, sous l'inspiration du maître, une thèse sur l'*aconitine*, dans laquelle il prétend démontrer *experimentalement* que cette substance a pour effet d'abolir la sensibilité, de diminuer la température du corps et de ralentir le pouls ; d'où il conclut que l'*aconitine* guérit les névralgies, les inflammations et la fièvre par son action allopathique.

En présence des résultats opposés et contradictoires donnés par les expériences de M. Franceschini et celles des nombreux savants qui ont jusqu'à lui tracé l'histoire de l'aconit, nous envelopperons-nous dans le suaire du scepticisme en répétant l'axiome : *experientia fallax* ? Non. Mais nous dirons bien haut avec Claude Bernard, qu'une expérience bien faite ne peut jamais être annihilée par une autre expérience bien faite ; et, fort de ce précepte sur lequel reposent toutes les sciences d'observations, nous rechercherons dans les expériences de M. Franceschini le vice d'où est née cette apparente contradiction.

Les expériences par lesquelles M. Franceschini croit

pouvoir démontrer que loin de produire des douleurs comme tout le monde l'enseigne, l'aconitine produit l'anesthésie, ne prouvent absolument rien par cette raison qu'elles sont tellement brutales que l'animal est plongé, après quelques minutes, dans un état d'asphyxie. Or chacun sait que l'asphyxie, quelle que soit sa cause, a pour effet d'abolir la sensibilité.

Dans l'expérience 1^{re}, sur un cochon d'Inde, l'injection fut faite à 4 heures moins dix. Six minutes après, l'animal est encore extrêmement sensible aux excitations douloureuses; mais, à 4 heures, c'est-à-dire dix minutes après l'expérience, « les phénomènes asphyxiques se prononcent. » (P. 14.)

Dans la 2^e expérience « la mort par asphyxie se produit au bout de six minutes. » (P. 15.)

Franchement, que peut-on conclure, pour l'étude de la sensibilité, d'expériences conduites de cette façon? Et en quoi peuvent-elles infirmer les expériences bien faites, qui ont démontré que l'aconit produisait des douleurs et en particulier des névralgies de la 5^e paire?

Pour démontrer que l'aconitine ne produit pas l'élévation de la température et du pouls, notre jeune expérimentateur n'est pas plus heureux.

Dans l'expérience n^o 5 (p. 34) le lapin, sous l'influence d'une dose toxique, offre bien, comme Richard Hughes l'a noté, tous les symptômes de refroidissement, de frisson fébrile. Mais quand l'animal, résistant au poison, revient à la vie et entre en réaction, pourquoi le laisser là, et ne plus s'occuper ni de sa température ni de son pouls?

Du reste, M. Franceschini a le soin de démontrer lui-même la fausseté de sa théorie ; la vérité est si puissante que lorsqu'on est de bonne foi on ne peut rien contre elle. C'est dans la partie clinique de la thèse que nous trouvons la confirmation de la propriété que possède certainement l'aconit d'élever le pouls et la température.

C'est d'abord à la page 24, l'histoire malheureuse d'un malade empoisonné par l'aconitine, et qui, après mille péripéties, entre enfin en réaction. Or, chez cet homme, l'observateur note une *douce chaleur*. Mais qu'est-ce qu'une douce chaleur et où étaient les thermomètres de l'hôpital Beaujon ? Les observations, aux pages 57 et 58, sont plus explicites, parce que la température a été prise au thermomètre. A la page 53, le pouls seul a été noté, mais la description ne laisse rien à désirer, il s'agit d'un rhumatisant sans fièvre ; injection d'aconitine à 10 heures 1½, pouls à 76. Une demi-heure après, pouls à 86. « Les battements du pouls s'exagèrent ; la respiration est accélérée et toute la peau est le siège d'une chaleur plus ou moins forte. » On croirait relire le passage du docteur Hughes, cité plus haut.

A la page 57 c'est encore un cas de rhumatisme articulaire aigu. La température était à 37°,6, le pouls à 103, quand on fit l'injection d'aconitine à 10 heures 1½ ; à 11 heures 37°,7, pouls 108, et à 11 h. 20 m., moins d'une heure après, la température était à 38 !

Deux jours après la température étant à 37°,5 et le pouls à 90, injections d'aconit. 40 minutes après, température 37°,7.

Est-ce assez clair ? et n'avions-nous pas raison de dire qu'une expérience bien faite n'est jamais trom-

peuse. Ce n'est pas l'expérience qui est trompeuse, c'est l'expérimentateur qui est trompé.

Colocynthis est un médicament qui appartient exclusivement à la pratique de l'homœopathie dans le traitement de la pelvi-péritonite.

Le Dr Ludlam recommande particulièrement ce médicament dans l'inflammation de cette portion du péritoine qui recouvre les ovaires, c'est-à-dire dans la pelvi-péritonite. Cette indication est tirée directement de la localisation de l'action de la coloquinte sur les ovaires et sur l'épididyme dans les expérimentations physiologiques. Robert Hughes rapporte que dans un cas d'empoisonnement, on constata, à l'autopsie, que *les intestins étaient collés ensemble par de la lymphe de récente formation*. Ainsi les lésions comme les symptômes démontrent l'opportunité de l'emploi de *colocynthis* dans la pelvi-péritonite aiguë.

Les symptômes spéciaux qui doivent guider le médecin et fixer son choix sur la coloquinte, sont : les *douleurs excessives* dans le ventre, surtout quand cette douleur porte les malades à se recourber en avant ; la diarrhée, les ténésmes rectal et vésical, les crampes dans les jambes.

Voici une observation dans laquelle *colocynthis* a été très-efficace :

OBSERVATION LVII. — *Pelvi-péritonite.*

Madame N..., 38 ans, entrée le 20 décembre, salle II, n° 2.

D'une santé générale habituellement bonne, notre malade est sujette, depuis sa jeunesse, à avoir *des règles trop abondantes* ; et, depuis une chute sur le siège qu'elle fit à l'âge de 19 ans, *une douleur habituelle dans l'hypogastre*..Elle n'a jamais eu d'enfant et a fait une fausse couche de quatre mois, il y a à peu près huit ans.

Le 15 novembre dernier elle venait d'avoir ses règles qui furent aussi abondantes que les fois précédentes, lorsque, sans avoir fait aucune imprudence, elle fut prise de douleurs violentes dans l'abdomen avec quelques frissons, mais sans vomissements.

En même temps apparut une métrorrhagie qui dura un jour. La malade eut de la fièvre pendant six ou sept jours avec des douleurs continuelles au niveau de l'hypogastre. Ces douleurs étaient profondes, contuses et dilacérantes.

Elle garda le lit jusqu'au 4 décembre, époque où elle fut obligée de se lever pour aller soigner une de ses parentes. Elle n'eut plus la fièvre de ce moment-là, mais les douleurs qu'elle éprouvait depuis le début de sa maladie persistèrent avec la même intensité.

Le 8 reparurent les règles, en avance comme à l'ordinaire d'une huitaine de jours. Elles durèrent jusqu'au 12 décembre, mais l'état de notre malade ne fut nullement amélioré.

Le 17, les accidents du côté du ventre se montrèrent avec plus de violence. La malade eut des douleurs tellement vives qu'on fut obligé de lui faire, à plusieurs reprises, des injections hypodermique de morphine. En même temps; frissons, fièvres violentes, vomissements, constipation invincible, état tellement grave qu'on craint

une issue funeste. On nous l'amena le 20, et voici ce que nous pûmes observer :

La malade a des nausées et se plaint beaucoup du ventre. Celui-ci est tendu, ballonné, et d'une sensibilité telle qu'en touchant seulement la paroi abdominale, on provoque de la douleur. Le pouls est à 96 et la température à 38°,4. Le facies est mauvais ; de temps à autre, petits frissons. — *Colocynthis* (3) 6 gouttes dans douze cuillerées d'eau, une cuillerée toutes les heures. Diète.

Le 21. La malade a eu quelques vomissements dans la journée d'hier. Les douleurs et le mouvement fébrile persistent ; constipation. — Même traitement.

Le 23. La fièvre est complètement tombée ; mais les douleurs du ventre sont toujours aussi vives ; la nuit elles sont même beaucoup plus intenses que le jour. La malade les compare à quelque chose qui rongerait les tissus ; elles arrachent des cris à la malade comme les douleurs d'accouchement.

La miction n'est pas douloureuse chez notre patiente la constipation est opiniâtre. — *Colocynthis* (2 dil.) de la même manière.

Le 24. Les douleurs ne reviennent guère que la nuit, mais elles sont si intenses qu'on fait lever l'interne, qui pratique une piqûre de morphine. L'état général est un peu meilleur que ces jours derniers. La malade accuse un écoulement blanc roussâtre par les parties génitales. Il n'y a plus de nausées et l'appétit commence à paraître. *Arsenic* (6). Je défends de donner la morphine.

Le 27. Le ventre est un peu moins gonflé et un peu moins sensible ; mais la malade a eu, dans la nuit, des douleurs de ventre plus violentes que jamais. — *Colocynthis* (1^{er}) un lavement est resté sans effet.

Le 28. La journée d'hier a été assez calme, mais le soir les douleurs sont revenues. De plus, la malade a uriné souvent et avec des douleurs. *Arsenicum* (6), 2 gouttes dans douze cuillerées d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 29. La malade va mieux. — On continue *arsenicum* (6), dix gouttes.

Le 31. Garde-robe hier, après l'administration d'un lavement, puis violente diarrhée avec colique. — *Arsenicum* (6).

3 janvier. La douleur se localise à droite où l'on sent une tuméfaction qui est très-sensible à la pression. Les règles ont apparu aujourd'hui même. La diarrhée est moindre. — *Chamomilla* (3).

Le 5, les règles se sont suspendues depuis hier soir. La diarrhée a un peu diminué.

On trouve, par le toucher vaginal, une tumeur qui siège dans le cul-de-sac latéral droit et qui proémine dans le vagin. — *Colocynthis* (3); on permet à la malade de manger une côtelette.

Le 8. La malade a de nouveau, depuis quelques jours, un écoulement sanguinolent par le vagin. Elle n'a plus ni frisson, ni fièvre. Les douleurs continuent, mais sont moins vives; le ventre est de nouveau ballonné, il n'y a plus de diarrhée. — *Cantharis*, 3 dil.

Les douleurs ont diminué chaque jour; en même temps, la malade reprend de l'appétit, du sommeil et des forces. Je ne permis de faire son lit que le 19 janvier, alors que les douleurs avaient à peu près complètement disparu.

Les règles revinrent dans les premiers jours de

février, elles furent très-abondantes, avec caillots, et s'accompagnèrent de coliques : elles durèrent six jours. La malade, examinée avec soin après la cessation des règles, ne présentait plus de traces de tumeur, seulement le col était incliné à droite.

Les bons effets de colocynthis nous paraissent incontestables dans cette observation. Voilà une malade qui, souffrant habituellement de l'utérus, est prise d'un premier accès de pelvi-péritonite au mois de novembre ; incomplètement remise, elle se fatigue à soigner un malade et retombe bientôt plus grièvement atteinte, après l'époque de décembre. C'est là une histoire fréquente chez les femmes atteintes de pelvi-péritonite. La violence de la fièvre, les vomissements et l'intensité des douleurs constituent un ensemble de symptômes formidables qui nécessita, pendant qu'elle était chez elle, l'emploi fréquent de la morphine. A son arrivée dans notre service, nous administrons colocynthis, et, sous l'influence de ce médicament, la fièvre tombe après trois jours de traitement, puis les douleurs se calment considérablement le jour, pour revenir chaque nuit avec une intensité telle que l'interne se voit obligé de faire une piqûre de morphine.

J'interdis, dans ce cas, l'emploi de la médication palliative, parce que *arsenic* me paraissait indiqué autant par la violence des douleurs de ventre que par leur retour en accès nocturnes. Sous l'influence d'*arsenic* (6), les douleurs ne tardèrent pas à se calmer pour disparaître bientôt.

Je ferai remarquer que j'ai gardé cette malade au lit près d'un mois. C'est qu'effectivement, il est très-

important de maintenir les femmes atteintes de pelvi-péritonite dans la plus grande immobilité, et celle-ci eut presque une rechute pour s'être levée brusquement pendant sa diarrhée. J'ai dû aussi être très-sobre d'examen direct, sachant que le toucher est très-douloureux chez ces malades, et peut augmenter l'inflammation du péritoine.

Cantharis nous est surtout indiqué ici par l'*usus in morbis*. Les bons effets obtenus par l'emploi des vésicatoires, et l'action héroïque de la cantharide à dose homœopathique, dans le traitement de la pleurésie, devait évidemment indiquer ce médicament dans le traitement de la pelvi-péritonite. Les médecins homœopathes ont aussi conseillé *cantharis* dans l'inflammation des ovaires ; mais nous ne possédons point dans la matière médicale d'enseignements suffisants pour nous guider sur l'emploi de ce médicament dans le traitement de la pelvi-péritonite. Aussi sommes-nous réduits ici à nous en fier à une expérience bien incomplète et qui ne peut suppléer aux connaissances positives de la matière médicale. Est-ce à la difficulté de bien saisir les indications de *cantharis* ? Est-ce parce que ce médicament, en dépit de toutes les analogies, ne correspond pas bien à la maladie ? Toujours est-il que je suis loin d'avoir obtenu de *cantharis*, dans le traitement de la pelvi-péritonite, ce que j'ai obtenu de ce médicament dans la pleurésie. Dans cette dernière maladie, *cantharis* constitue un moyen héroïque qui, presque toujours, suffit à la guérison de l'épanchement ; tandis que, dans l'inflammation du péritoine du petit bassin, son action m'a

paru essentiellement infidèle. J'ai l'habitude de prescrire *colocynthis* et *cantharis* à la 3^e dilution, 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Nous avons vu que dans le cours de la pelvi-péritonite, le mouvement fébrile, après avoir cédé plus ou moins complètement, était très-sujet à reparaitre sous l'influence de l'évolution même de la maladie, ou sous l'influence de causes externes déterminés. Toutes les fois que la fièvre reparaitra dans le cours de la pelvi-péritonite, il faudra revenir au traitement de la période aiguë et principalement à *aconit*.

Pendant la fièvre de suppuration, que cette fièvre soit le symptôme de la pelvi-péritonite franche, ou de la pelvi-péritonite adhésive, tournant à la suppuration, *aconit*, *china* et *arsenic* sont les principaux médicaments. *Aconit* correspond au type continu du mouvement fébrile, et le *china* au type rémittent ou intermittent. Dans ces cas, j'ai quelquefois observé de véritables accès pernicieux, et je n'ai point hésité à prescrire le sulfate de quinine à haute dose, c'est-à-dire 1 gramme à 1 gramme 50, administrés 50 centigrammes toutes les vingt minutes.

Un certain nombre de médecins attribuent au sulfate de quinine une action presque spécifique contre la *diathèse purulente*. Richard Hughes dit textuellement que ce médicament a la propriété d'empêcher la formation du pus. Mon expérience personnelle ne me permet pas d'accepter cette opinion, et j'ai vu trop souvent le sul-

fate de quinine à haute dose, échouer dans le traitement de la diathèse purulente pour lui accorder la moindre vertu antipurulente. Du reste, ces propriétés spécifiques, ou quasi-spécifiques, attribuées aux médicaments, représentent presque toujours une illusion. Les médicaments ne répondent point à une espèce morbide déterminée, mais bien à des indications tirées de l'ensemble et de la marche des phénomènes morbides (symptômes et lésions). Le sulfate de quinine n'est même pas spécifique dans la fièvre intermittente, et il n'est pas rare de rencontrer des fièvres paludéennes plus ou moins rebelles à ce médicament.

Mais, si le sulfate de quinine n'est pas spécifique, il est presque constamment indiqué par le *type intermittent* des symptômes. Or, dans un grand nombre de cas de diathèse purulente et de maladies terminées par suppuration, le mouvement fébrile affecte, d'une manière plus ou moins parfaite, le type intermittent. Dans ces cas déterminés, l'administration méthodique du sulfate de quinine produit des améliorations considérables et souvent la guérison. C'est cette action si précieuse du sulfate de quinine qui a produit l'illusion que nous combattons et qui conduit à attribuer à ce médicament une propriété antipurulente. Il faut donc bien saisir l'indication du sulfate de quinine pour retirer de ce médicament tout ce qu'il peut donner, et se rappeler que plus le type des symptômes se rapproche du type intermittent, plus l'action du sulfate de quinine est certaine.

Dans la pelvi-péritonite, quand le mouvement fébrile qui accompagne la suppuration est continu ou presque continu, quand la différence de température du matin et du soir ne dépasse pas un degré, l'aconit demeure le

médicament principal. Mais, quand le cas est grave, il ne faut pas craindre de donner de très-fortes doses, et je me rappelle un cas qui semblait désespéré, et dans lequel l'aconit, donné à la dose de 5 gouttes de teinture mère, toutes les heures, pendant six heures, arrêta brusquement tous les accidents. Il s'agissait d'une rechute de péricélonite purulente avec évacuation de pus par le rectum et par la vessie. La fièvre à type rémittent pendant les premiers jours avait résisté au sulfate de quinine, qui du reste était mal supporté et déterminait des vomissements; le mouvement fébrile, sans type bien marqué, présentait plusieurs redoublements par jour; les frissons et la chaleur alternaient irrégulièrement. Au moment d'un frisson, je trouvai la malade dans un état plus grave que jamais : face pâle, exprimant l'inquiétude et l'angoisse; agitation considérable; crainte d'une mort prochaine; vomissements, tendances à la syncope, froid glacial. Tous ces symptômes rappelaient les symptômes de l'empoisonnement par l'aconit. Ce médicament, administré comme je viens de vous le dire, détermina une amélioration extrêmement rapide et qui fût durable.

China et *arsenic* ont encore été conseillés pendant la fièvre de suppuration. Je ne connais pas bien les signes qui permettent de choisir entre le quinquina et le sulfate de quinine; dans ma pratique je donne habituellement le quinquina pour continuer l'action du sulfate de quinine. Je prescris de 1 à 5 grammes de teinture mère à prendre en vingt-quatre heures.

Quant à *arsenic*, je n'ai pas eu à m'en louer dans la

période aiguë de la suppuration. C'est au contraire un médicament excellent dans la pelvi-péritonite suppurée passée à l'état chronique. Il soutient les forces des malades, favorise la reconstitution et devient d'un grand secours pour tarir la suppuration. Il faut, dans ces cas, le donner, pendant des mois, avec une interruption de quatre jours tous les vingt jours. La première ou la deuxième trituration sont mes doses préférées. Les eaux minérales arsenicales, la Bourboule en particulier, agissent dans le même sens.

Bien entendu que l'arsenic peut trouver son indication dans d'autres périodes de la pelvi-péritonite, comme nous l'avons vu dans la dernière observation.

Dans la pelvi-péritonite chronique non suppurée, *arsenic* est encore un médicament important, parce qu'il combat avec avantage les ménorrhagies abondantes, qui sont pour les malades une cause incessante de dépérissement. Dans ce cas, je donne arsenic 3^e trit., 10 centigr. par jour, en deux fois, pendant l'intervalle des règles.

Hamamelis, tlaspic, sabina, et les autres médicaments de la métrorrhagie, devraient être consultés si arsenic était insuffisant.

Il y a des moments où les douleurs sont si atroces, qu'elles arrachent des cris aux malades. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer des injections hypodermiques de morphine. Ces injections procurent la diminution des douleurs et quelques heures de calme, qui constituent un véritable avantage, même au point

de vue curatif. Mais nous avons vu dans notre dernière observation qu'on ne devait pas abuser de ce moyen.

Les soins hygiéniques sont très-importants dans le traitement de cette maladie. Pendant la période aiguë, le repos le plus absolu est de rigueur. Pendant la période chronique, les malades doivent éviter les fatigues, les fatigues vénériennes en particulier; elles doivent se rappeler que chaque époque menstruelle peut être une occasion du retour de la maladie et garder un repos presque absolu pendant cette période.

Une bonne alimentation, le séjour à la campagne, les eaux chlorurées sodiques, les bains de mer chauds, surtout s'ils sont additionnés d'*eaux mères*, aident très-puissamment au rétablissement et à la guérison complète de la malade.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Hématocèle et pseudo-hématocèle. — Hématocèle par rupture. — Hématocèle par rétention. — Hémorragie vicariante. — Observation. — Hématocèle ménorrhagique. — Observation. — Diagnostic différentiel avec la pelvi-péritonite, avec les corps fibreux. — Observation. Traitement, *aconit*, *coloquinte*, *arnica*, *belladone*, *digitalis*.

De l'hématocèle péri-utérine.

L'histoire des hémorragies intra-pelviennes et des *tumeurs* qui peuvent en être la suite est encore fort obscure aujourd'hui. Cependant, les faits réunis par les gynécologistes français, et notamment par Bernutz et Goupil, sont maintenant fort nombreux. Ils ont été, de la part de Bernutz en particulier, l'objet d'un examen critique extrêmement minutieux (1) et qui permet, je crois, de tracer l'histoire clinique de ces hémorragies.

Nous laisserons de côté, dans cette description, l'histoire des pseudo-hématocèles (Ingulier), qui ont pour siège le tissu cellulaire du ligament large et du petit bassin. Ces affections sont des variétés pathologiques dont il est inutile, en ce moment, d'encombrer notre description, et qui ne pourraient trouver place dans une clinique qu'à la condition de se rapporter à une malade présente dans les salles.

Nous remarquerons encore que pour nous il y a

(1) Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XVII.

hématocèle péri-utérine du moment qu'il y a hémorrhagie dans la cavité séreuse du petit bassin, et que nous n'attendons pas, pour donner le nom d'*hématocèle* à cette lésion, que le sang soit coagulé et enkysté par une péritonite consécutive.

Nous n'ignorons point cependant que le mot *hématocèle* signifie *tumeur sanguine*, et qu'il n'y a point tumeur véritable quand le sang encore liquide n'est point enkysté. Mais nous préférons manquer à la rigueur judaïque d'une expression plutôt que d'être obligé d'employer deux noms différents pour désigner la même lésion à quelques heures d'intervalle puisqu'en effet la simple *hémorrhagie* du matin peut être enkystée le soir, former *tumeur* et mériter alors le nom d'*hématocèle*.

•

Au point de vue de l'enseignement clinique, c'est-à-dire au point de vue du professeur, qui doit donner à ses élèves une idée bien claire de l'affection qu'il décrit, je m'arrêterai à la division suivante des hématocèles péri-utérines : *hématocèle par rupture*, *hématocèle par rétention menstruelle*, *hématocèle mérorrhagique* ou *cataméniale* (de Trousseau). Peut-être il y a-t-il des cas qui échappent à cette classification, mais ils sont ou trop rares ou trop imparfaitement étudiés pour que je puisse en tenir compte, et, encore une fois, leur description ne peut venir dans une clinique qu'à propos d'observations particulières.

I. *Hématocèle par rupture*. — Cette forme survient le plus souvent par suite de ruptures des veines tubo-ovariques; d'autres fois par rupture de la trompe ou de

l'ovaire lui-même. Elle est caractérisée par une douleur excessive siégeant dans l'une des fosses iliaques, par l'état lipothymique propre à toutes les hémorrhagies internes, et, si la mort n'est pas subite, par le développement très-rapide d'une péritonite foudroyante.

Dans cette variété, on ne trouve pas de *tumeur* à proprement parler, mais un *ballonnement* du ventre, dû à l'accumulation du sang et aux premiers symptômes de péritonite. C'est seulement dans les cas où la vie se prolonge suffisamment qu'il y a enkystement du caillot, formation de tumeur, et *hématocèle* dans le sens rigoureux du mot.

Les deux variétés suivantes sont celles qu'on observe le plus fréquemment et qui, à tous égards, offrent le plus grand intérêt pratique.

II. *Hématocèle par rétention*. — Bernutz appelle ainsi l'hémorrhagie qui se produit dans le petit bassin par suite de l'oblitération complète ou incomplète des voies par lesquelles le sang s'écoule de l'utérus au dehors pendant les règles. Dans la première catégorie, il range la persistance de l'hymen, l'oblitération du vagin et du col; dans la seconde, les *rétrécissements* du col. Dans ces cas, le sang accumulé dans la cavité utérine refluerait par les trompes et s'épancherait dans la cavité péritonéale du petit bassin.

Cette pathogénie est exacte pour les rétentions complètes, et nous n'avons pas besoin du dessin emprunté au *Monthly Journal* 1841 (observation de Barlow), pour comprendre et pour croire que le sang, retenu dans l'utérus par un rétrécissement complet du col ou une

oblitération vaginale, s'accumulant chaque mois dans une cavité dont l'extensibilité a des bornes, finissait par dilater les trompes et refluer dans le péritoine. Mais M. Bernutz est-il aussi sûr que c'est par le même mécanisme que se produisent les hématoécèles qui surviennent après une suppression absolue des règles pendant un ou plusieurs mois ? A-t-on démontré que chez toutes ces malades il existait un rétrécissement du col ? Non certes. Et d'ailleurs, il n'y a point, dans ces cas, les symptômes d'une accumulation de sang dans la cavité utérine. Le fait clinique est à la fois plus simple et plus obscur. Une femme, après une suppression plus ou moins prolongée et en l'absence de toute grossesse, est prise, au moment où l'époque devrait reparaître, des symptômes brusques d'une péritonite avec formation rapide d'une hématoécèle. Eh bien, dans ces cas, nous ne croyons pas qu'on puisse expliquer les phénomènes par la rétention du sang dans l'utérus et par son passage dans le péritoine à travers les trompes. D'abord, parce que l'hématoécèle n'a point été précédée des signes de la rétention, et ensuite parce que le rétrécissement du col, quand il existe, n'est pas suffisant pour expliquer cette rétention. Il est fréquent, en effet, de rencontrer des cas de rétrécissement du col, donnant lieu à d'affreuses dysménorrhées, sans produire jamais d'hématoécèle.

Nous serions porté à croire qu'il se fait, dans ces cas, une exhalation du sang dans le péritoine, comme il se produit une hémorrhagie nazale ou stomacale ou pulmonaire dans le cas de suppression des règles ; ce serait une véritable *hémorrhagie vicariante*. L'observation LVIII est un exemple d'hématoécèle dite par réten-

tion, et dans laquelle il est impossible de trouver un obstacle matériel quelconque à l'écoulement du sang au dehors de l'utérus.

Quant à l'opinion allemande renouvelée de la théorie de la *pachyméningite* et qui enseignerait que les fausses membranes précèdent l'hémorrhagie, que cette hémorrhagie est due à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation développés dans la fausse membrane; l'observation des symptômes n'est nullement favorable à cette *théorie*, puisqu'il faudrait que les signes de la péritonite précédassent de longtemps ceux de l'hémorrhagie; ce qui n'est pas.

Quoi qu'il en soit, cette variété d'hématocèle a un début et une marche caractéristiques.

Après une suppression des règles plus ou moins longue, et au moment de l'époque, survient une douleur aiguë dans un point de l'hypogastre avec tous les symptômes d'une péritonite violente : frisson, mouvement fébrile intense, face grippée, vomissements, quelquefois incoercibles. C'est, comme dit Bernutz, un début *dramatique*. L'enkystement du sang a lieu très-rapidement, et la tumeur peut quelquefois être constituée au bout de trente-six heures. Cet enkystement est dû à la péritonite occasionnée par le contact du sang sur la séreuse. Ce travail a pour résultat la production d'une sorte de *diaphragme pathologique* formé par les adhérences des anses intestinales, des organes génitaux et des parois abdominales. Bernutz appelle cette disposition *diaphragme* parce que cette cloison pathologique s'abaisse à chaque inspiration et pousse le sang dans les culs-de-sac vaginaux.

La tumeur formée par l'hématocèle est considérable, elle s'étend quelquefois du cul-de-sac postérieur du vagin jusqu'à l'ombilic. Elle ne change pas sensiblement de volume d'une époque à l'autre; seulement elle s'abaisse de plus en plus dans le petit bassin, ce qui lui donne l'apparence de diminuer par en haut. Elle prédomine dans une des fosses iliaques, mais elle peut envoyer une prolongation dans l'autre, et elle s'étend toujours plus ou moins sur la ligne médiane. Le col utérin est refoulé en avant et en haut, vers le pubis; le rectum est comprimé et dévié.

Cette tumeur a une consistance pâteuse; plus tard, elle présente une portion dure, solide, d'une consistance analogue à celle d'un corps fibreux et une portion molle et fluctuante.

Les symptômes de péritonite se calment, une amélioration considérable se produit de jour en jour. Le pouls cependant reste fréquent et le facies présente un aspect cachectique propre aux hémorrhagies. A l'époque suivante, tous les accidents peuvent reparaître, le facies et les douleurs reprennent toute leur intensité, la tumeur augmente considérablement, et la mort peut alors survenir par suite de la généralisation de la péritonite. D'autres fois, le kyste sanguin devient le siège d'une inflammation suppurative, la fièvre des phlegmasies internes s'établit, et l'abcès, comme dans la pelvi-péritonite suppurée, peut s'ouvrir dans le péritoine, le rectum, le vagin ou la vessie. Alors la maladie se termine par une mort rapide (ouverture dans le péritoine), par la guérison (ouverture dans le vagin et le rectum), ou par un état de suppuration chronique et

d'hecticité (ouverture trop petite ou située trop haut dans l'intestin, ouverture dans la vessie). De ces ouvertures, la plus favorable est celle qui se fait dans le vagin; vous avez vu cependant l'ouverture dans le rectum être suivie d'une prompte guérison chez notre malade. Ces terminaisons diverses ne se produisent quelquefois qu'au retour de la deuxième, troisième ou quatrième menstruation.

Dans des cas plus heureux, la terminaison a lieu par résorption du kyste sanguin, et ce travail régressif commence aussi pendant une époque et marche très-rapidement. Nous allons en citer un exemple.

OBSERVATION LVIII.—*Hématocèle péri-utérine péritonéale, terminée par la guérison.*

M^{me} Ch..., apprêteuse d'étoffe, âgée de 33 ans, entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 21 mars 1872, sortie le 27 avril.

Cette femme, qui a eu deux enfants, est d'une santé généralement bonne; ses règles avancent et sont peu abondantes.

Le 17 mai, cette femme, au moment de ses règles, est prise subitement d'une douleur violente dans l'aîne gauche qui l'oblige de s'aliter. Pendant la nuit, elle eut de forts vomissements bilieux et trois selles solides; point de fièvre.

Le 18 et le 19, elle se trouva beaucoup mieux et voulut recommencer à travailler.

Le 20, la douleur reparut plus forte que le premier jour, et la malade entra à l'hôpital le 21.

Le matin, la malade présente l'état suivant : Mou-

This was wrongly forged by the printer. The text is complete.

vement fébrile peu prononcé, pouls à 96, chaleur 37°,8. La face est très-pâle; le ventre est ballonné, sensible surtout dans la fosse iliaque gauche; la palpation fait percevoir un empâtement qui s'étend de l'épine iliaque antérieure gauche au bord de la matrice, s'accroissant de plus en plus dans la partie inférieure de l'hypogastre pour former une masse dure, non fluctuante, et donner une matité absolue à la percussion. La miction est facile.

Le soir, aggravation du mouvement fébrile, pouls à 120, température à 40°,8.— *Aconit* (2^e trit.), 20 centigr. dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Diète.

Le 23. Le mouvement fébrile persiste; le matin température 39°,2; le soir 39°,6.— Même traitement.

Le 24. La fièvre a un peu diminué; 38°,8 le matin; 39°,4 le soir. Le toucher vaginal permet de reconnaître une tumeur dure, solide, s'enfonçant dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche du vagin.

Les 25, 26 et 27. L'état reste le même, la température du soir est toujours plus élevée d'un degré que celle du matin.

Le 28. La fièvre est tombée; le ventre, moins tendu, n'est plus douloureux. L'empâtement a diminué et permet de sentir plus distinctement la tumeur hématique. Par le toucher, on constate encore la tumeur dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche, le col est relevé et poussé en avant.— On continue *aconit* et on commence à nourrir la malade.

Le 10 juin. Il n'y a plus de troubles fonctionnels. La tumeur est très-nettement circonscrite et accolée au côté gauche de la matrice. *Arnica* 6 est prescrit jus-

qu'au 15. Ce médicament est ensuite remplacé par *belladone* (3).

La malade sort le 21, conservant encore une tumeur hématique. Le col est fortement repoussé en avant contre la symphyse du pubis.

Nous avons revu cette femme quatre années plus tard, elle ne présentait plus de traces de tumeur.

III. — *Hématocèle ménorrhagique*. Cette forme est de toutes la *plus fréquente*; elle survient chez des femmes qui, pour une cause ou pour une autre, sont sujettes à des règles énormes, hémorrhagiques. Trousseau appelait ces hématocèles, *tubaires*, parce qu'il croyait que la muqueuse de la trompe était le siège exclusif de l'hémorrhagie. Bernutz professe, avec juste raison, que l'exhalation sanguine exagérée, productive de cette forme d'hématocèle, a sa source aussi bien dans la muqueuse utérine que dans la muqueuse tubaire, et que le sang reflue de l'utérus dans le péritoine.

Dans cette forme, les symptômes de péritonite sont beaucoup moins intenses, et dans quelques cas, ils sont si peu intenses, que Trousseau avait nié l'existence de l'inflammation du péritoine.

Pendant le cours d'une métrorrhagie il survient une douleur vive dans le petit bassin; cette douleur s'accompagne d'un mouvement fébrile peu intense; en même temps la métrorrhagie se suspend ou au moins l'écoulement du sang diminue considérablement. Souvent, au bout de quelques jours, les symptômes s'apaisent tellement, que les femmes se croient guéries et commencent à reprendre leur vie habituelle. Mais les

douleurs reparaissent, l'hémorrhagie externe revient, augmente, et se prolonge indéfiniment.

Comme dans la forme précédente, chaque époque cataméniale est l'occasion d'une recrudescence considérable et devient le point de départ des mêmes accidents : augmentation de la tumeur, rupture possible du kyste dans le péritoine, etc. ; et des mêmes modes de terminaison : résorption, suppuration et évacuation dans les cavités voisines.

Dans les vingt-cinq observations que renferme la thèse d'Auguste Voisin, la plus grande durée observée pour la résorption de l'hématocèle est huit mois. Velpeau a observé un cas dans lequel la résorption du caillot a demandé dix-huit mois. Le cas suivant offre l'exemple d'une durée beaucoup plus longue et nous fait demander si cette durée ne peut pas être indéfinie, et si le sang enkysté ne peut pas persister à l'état de tumeur pendant toute la vie des malades. Nous croyons cependant que ce fait ne serait possible qu'après la ménopause, l'époque des règles étant fréquemment l'occasion d'un nouveau travail dans le kyste sanguin.

Voici cette observation, dans laquelle l'hématocèle existait encore à l'état d'une tumeur grosse comme la tête d'un adulte, deux ans et demi après le début de la maladie.

OBSERVATION LIX. — *Hématocèle péri-utérine, dite par rétention.*

M^{me} D..., âgée aujourd'hui de 48 ans, avait, à 45 ans, la taille et toutes les apparences d'une jeune fille pubère, sans que ses règles eussent apparu. A ce moment, on observa chaque mois, à date fixe, tous les prélimi-

naires des règles : malaise, gonflement des seins, douleurs de reins et de bas-ventre, sans qu'aucun écoulement sanguin se montrât par la vulve et sans qu'aucun signe annonçât une accumulation de sang dans la cavité utérine. Après quelques mois de ce travail incomplet et précisément au moment d'une époque, la jeune fille fut prise subitement de tous les symptômes d'une péritonite violente, en même temps qu'apparut et que s'accrut rapidement une tumeur dure, arrondie, et qui dépassait l'ombilic. Aucun écoulement de sang n'eut encore lieu par la vulve; les symptômes de péritonite disparurent; la malade se rétablit, mais conserva dans le ventre une tumeur grosse comme une tête d'adulte. Cette tumeur ne présenta pas de changement appréciable dans son volume et devint à peu près indolente, en sorte que la malade put marcher et reprendre sa vie ordinaire. Six mois après le début de la péritonite, les règles apparurent pour la première fois, et depuis elles sont revenues irrégulièrement, peu abondantes, et accompagnées de douleurs. La tumeur n'a pas été modifiée par l'établissement des règles.

Il y a six semaines, la malade fut prise de douleurs spontanées dans la tumeur, et je fus consulté en ce moment.

La jeune malade a toutes les apparences de la santé. Je remarque seulement que ses hanches n'ont pas la largeur qu'elles présentent habituellement chez la femme; le ventre semble rétréci. Il existe une tumeur grosse comme une tête d'adulte. Cette tumeur est lisse, arrondie, occupe la ligne médiane jusqu'au-dessus de l'ombilic et une partie de la fosse iliaque gauche; je ne puis y constater de fluctuations: elle a la consistance

d'un corps fibreux. Cette tumeur est douloureuse à la palpation seulement, à sa partie inférieure et à gauche. Le toucher démontre que la malade est vierge; il est très-douloureux et difficile; le vagin est étroit, le col est appliqué sur le rectum au lieu d'être appliqué sur la symphyse; les plaintes de la malade m'empêchent de rechercher son orifice; le toucher rectal donne peu de renseignements, la tumeur occupant principalement la face antérieure de l'utérus.

Maintenant que nous avons donné à grands traits l'histoire des hématoécèles, il nous sera possible de poser les règles du *diagnostic différentiel* entre ces tumeurs et la pelvipéritonite.

A ne considérer que les symptômes généraux, la *pelvipéritonite purulente* peut être confondue avec l'hématoécèle par rétention, et la *pelvipéritonite adhésive* avec l'hématoécèle ménorrhagique.

Dans l'hématoécèle par rétention comme dans la pelvipéritonite purulente, nous trouvons un début brusque avec tous les symptômes de la péritonite. Il doit en être ainsi puisque dans les deux cas il existe une violente inflammation de la séreuse du petit bassin. Cependant, il y a trois différences dans l'ensemble des symptômes. La première, c'est que l'hématoécèle débute plus brusquement, c'est comme une péritonite par perforation. La seconde, c'est que l'hématoécèle survient pendant l'époque cataméniale; tandis que la pelvipéritonite peut débiter à une autre époque. La troisième différence enfin, c'est qu'après un début effrayant, l'hématoécèle, quand elle ne doit pas se terminer par la mort à sa première attaque, présente une marche décroissante au

moins jusqu'à la période cataméniale suivante, tandis que la pelvipéritonite purulente présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation irrégulières.

La *pelvipéritonite adhésive* ressemble davantage par ses symptômes généraux à l'*hémato-cèle ménorrhagique*. Dans les deux cas, les symptômes sont en rapport avec l'existence d'une péritonite de moyenne intensité. L'hémato-cèle garde toujours son caractère d'affection à début brusque et à marche régulière, s'améliorant après l'époque des règles et ne pouvant s'aggraver qu'à l'époque suivante. Mais comme les symptômes sont moins accusés que dans la forme d'hémato-cèle par rétention, le signe tiré de leur marche est aussi moins facile à apprécier.

Le signe diagnostique principal est tiré de la coïncidence des accidents de péritonite avec l'existence d'une ménorrhagie, ménorrhagie qui se modère d'abord puis qui reprend plus ou moins et se continue presque indéfiniment. Ce caractère du début brusque d'une péritonite du petit bassin avec une ménorrhagie est *pathognomonique* de l'hémato-cèle.

Mais les symptômes locaux fournis par l'examen de la *tumeur* vont nous fournir d'autres signes différentiels d'une grande valeur.

Voici les caractères fournis par la *tumeur* dans l'hémato-cèle :

Tumeur formée rapidement et atteignant de suite le volume qu'elle doit avoir jusqu'à l'époque suivante; tumeur considérable remontant quelquefois près de l'ombilic, descendant profondément entre le rectum et

le vagin, occupant presque toujours les deux fosses iliaques et l'hypogastre. La forme de cette tumeur est irrégulièrement arrondie, présentant habituellement une plus grosse bosselure dans l'une des fosses iliaques, une autre dans l'hypogastre et une troisième dans l'autre fosse iliaque. On a comparé cette forme à celle d'une feuille de trèfle; quant au pélicule du trèfle, il s'enfonce dans le petit bassin sur lequel il se moule comme un métal dans une lingotière. La consistance de la tumeur n'est pas moins caractéristique; au début, c'est une *mollesse pâteuse*, une *consistance élastique* toute spéciale (Bernutz); plus tard, la consistance cesse d'être homogène, on sent distinctement des noyaux mêlés aux liquides; plus tard encore, la tumeur présente deux parties, une dure, élastique, arrondie, qui a été prise pour un corps fibreux dans l'observation de la malade qui est l'objet de cette leçon, et une partie fluctuante qui diminue chaque jour quand les malades guérissent.

Cette tumeur de l'hématocèle diffère de la tumeur de la pelvipéritonite qui est plus petite, limitée, ou au moins considérablement prédominante dans une des fosses iliaques, franchement fluctuante dans la pelvipéritonite suppurée, présentant dans l'une et l'autre une évolution spéciale que nous avons décrite longuement et qui est caractéristique au moins pour la pelvipéritonite adhésive.

Reste encore à distinguer l'hématocèle vraie de la *pseudo-hématocèle* ou hématocèle du ligament large et des *corps fibreux*.

La pseudo-hématocèle survient presque toujours à propos d'une grossesse extra-utérine; il n'existe que

deux observations de pseudo-hématocèle dans l'état de vacuité.

Comme, dans l'hématocèle vraie, le début est brusque et survient à une époque cataméniale; il ne s'accompagne pas de symptômes vrais de péritonite, mais d'une douleur hypogastrique qui se rapproche beaucoup de celle du phlegmon du ligament large. La tumeur sanguine est latérale seulement, peu proéminente du côté de l'abdomen; tandis qu'elle descend très-bas dans le vagin, avec les parois desquelles elle fait, pour ainsi dire, corps. (Bernutz.)

Il faut bien faire le diagnostic du corps fibreux et de l'hématocèle, puisque plusieurs fois on a confondu les deux affections. Cette erreur est arrivée à Malgaigne, à Stoltz, et tout dernièrement au spécialiste qui voulait opérer la malade qui est l'occasion de cette leçon. Dans ces cas, le diagnostic repose d'une part sur les caractères de la tumeur, qu'il est inutile de rappeler, et principalement sur les commémoratifs. Nous ne comprenons pas, par exemple, que dans le cas présent on ait pu prendre pour un corps fibreux une tumeur ayant atteint en quelques mois le volume d'une tête de fœtus, et ayant présenté à son début tous les signes d'une violente péritonite.

Voici du reste cette observation :

OBSERVATION LX. — *Hématocèle péri-utérine; ponction, guérison.*

M^{me} J....., 34 ans, entrée le 9 février, sortie le 27 mars. (Salle particulière.)

Cette femme avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de septembre. A cette époque, ses règles se sup-

primèrent sans cause apparente. Depuis ce moment, elle éprouvait, chaque mois, des nausées et un malaise général qui durait quelques jours ; mais aucun signe d'une rétention du sang dans l'utérus.

Le 11 décembre dernier, au moment où elle devait avoir ses règles, cette femme fut prise de frissons, d'une fièvre intense, de douleurs très-violentes dans l'abdomen, et de quelques vomissements. Elle fut obligée de garder le lit ; et le médecin la traita pour une péritonite.

Au commencement du mois de janvier, elle s'aperçut que son ventre avait grossi. La tumeur qu'elle constata se trouvait principalement du côté droit et était très-peu sensible à la pression. En même temps, la malade perdit l'appétit et les forces diminuèrent rapidement. Elle entra une première fois dans nos salles.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur a le volume d'une tête d'enfant à terme ; elle présente deux parties distinctes : une plus volumineuse, lisse, arrondie, dure et élastique, ayant la consistance d'un corps fibreux, occupe la fosse iliaque droite ; une autre partie, moins volumineuse et manifestement fluctuante, occupe la région médiane.

Par le toucher, on reconnaît que le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac droit du vagin sont remplis par une tumeur résistante ; le col est porté en avant et à gauche.

Les règles revinrent au mois de janvier, furent peu abondantes et très-douloureuses. La tumeur ne changea pas de volume.

Cette malade retourna chez elle parce que nous ne voulions pas consentir à une opération.

Une ponction exploratrice fut faite dans la tumeur à

la fin du mois de janvier, et on retira un demi-verre de sang noirâtre.

Elle fut prise, quelques jours après, de frissons et de nausées, et rentra dans nos salles, le 9 février. Elle présentait alors un mouvement fébrile assez intense.

Dans la région hypogastrique et sur la ligne médiane on sent une tumeur moitié dure moitié fluctuante, s'étendant dans la région iliaque droite. Au toucher, on constate dans les culs-de-sac postérieur et latéral droit la présence d'une tumeur. À l'aide du toucher rectal on ne peut atteindre la limite supérieure de cette dernière.

Aconit, T. M., 5 gouttes, dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

10 février. La malade a rendu hier, dans la journée, par le fondement un demi-litre de sang noirâtre mélangé de pus. La tumeur semble s'être affaissée légèrement. — Même traitement.

15 février. La malade va régulièrement à la garde-robe. Chaque fois elle rend une grande quantité de sang noir. On constate manifestement la diminution de la tumeur. — Même traitement.

20 février. L'amélioration continue, la fièvre est complètement tombée. L'appétit et les forces renaissent. *Bellad.*, 6^e, 2 gouttes, dans 200 grammes d'eau, quatre cuillerées par jour.

24 février. La tumeur va en diminuant de volume. Tous les jours on constate dans les selles du sang noir, granuleux. On revient à *aconit*, T. M., 5 gouttes, parce qu'il y a un petit mouvement de fièvre.

26 février. À la place de la tumeur on sent aujourd'hui un empâtement profond. *Cantharis*, 6^e, 2 gouttes.

La malade n'a plus rien présenté de bien particulier. Tout écoulement sanguin a cessé ; elle ne présente plus aucun signe de tumeur péri-utérine ; elle a beaucoup engraisé. Elle sort au commencement du mois de mars.

Le volume et la forme de la tumeur, la sensation de dureté élastique qu'elle présentait à la palpation, trompèrent complètement le chirurgien de la malade qui diagnostiqua un *corps fibreux* et décida son extraction. Cette erreur de diagnostic qui pouvait avoir pour le malade de si terribles conséquences eût été impossible si notre confrère avait bien voulu tenir compte des commémoratifs de la maladie. Un corps fibreux, en effet, n'arrive pas en quelques mois au volume de la tête d'un fœtus à terme, et jamais la formation de cette néoplasie ne s'accompagne des symptômes d'une péritonite suraiguë. J'ajouterai que l'examen direct de la tumeur n'avait démontré qu'elle était composée de deux parties, une partie solide et une partie liquide beaucoup moins considérable ; or, jamais les corps fibreux ne présentent une semblable disposition ; aussi le chirurgien soutenait-il bien à tort mais avec une opiniâtreté incompréhensible, qu'il n'existait point dans la tumeur de partie liquide et que nous étions trompé par une sensation de fausse fluctuation. Retournée chez elle la malade appela un second chirurgien, et c'est pour éclairer le diagnostic, qu'on pratiqua une ponction exploratrice qui donna lieu à l'écoulement d'un verre de ang, et démontra qu'il s'agissait bien ici d'une *hémacèle péri-utérine*.

Les suites de cette ponction furent très-heureuses

pour cette malade. Une inflammation très-moderée s'empara du kyste et détermina son ouverture dans le rectum, et, comme on l'a vu plus haut, la guérison complète de la malade. Mais n'est-ce pas le cas de repeter ici l'adage *facior quam prudencior*. En effet, l'inflammation au lieu d'être modérée pouvait être violente, l'ouverture au lieu de se faire dans le rectum pouvait vider l'hématocèle dans le péritoine, et une mort rapide pouvait dans les deux cas être le resultat direct de l'intervention chirurgicale. Tirons de ce fait deux conclusions pratiques : la première c'est qu'il faut toujours tenir compte des commémoratifs dans le diagnostic, et la seconde c'est qu'il ne faut jamais sans une indication formelle toucher à une hématocèle.

Encore une reflexion à propos de l'étiologie et du mecanisme de l'hémorrhagie pelvienne dans ce cas particulier.

La formation de cette hématocèle fut précédée de la suppression des règles pendant trois mois, son début coïncida avec le retour d'une époque et ne fut point accompagné de metrorrhagie. Peut-on accepter, dans ce cas, l'opinion de Bernutz, qui veut que le sang retenu dans l'utérus par un obstacle à sa sortie au dehors, reflue par les trompes dans la cavité péritonéale ?

Cette femme était arrivée jusqu'à l'âge de 34 ans, sans avoir éprouvé aucun trouble sérieux dans les fonctions menstruelles. Comment admettre que tout à coup, sans grossesse ni maladie utérine apparente, un obstacle insurmontable se soit développé dans les voies génitales inférieures : que cet obstacle ait retenu le sang dans la cavité utérine assez complètement pour que ce

liquide ait reflué dans la cavité péritonéale et déterminé une hématocele ?

Je n'hésite pas à dire que dans ce cas l'hémorrhagie s'est produite directement dans le péritoine, et que l'hématocele doit être rapportée à une déviation des règles.

Le *traitement* de l'hématocele comprend trois indications principales : contenir et combattre l'inflammation de la séreuse péritonéale ; favoriser la résorption de l'épanchement sanguin ; lutter contre les nouvelles poussées hémorrhagiques.

Les médicaments indiqués par l'inflammation du péritoine sont : l'*aconit* et la *coloquinte*. Nous renvoyons à ce que nous avons dit de ces deux médicaments à propos du traitement de la pelvi-péritonite. Les indications sont les mêmes et nous n'avons rien de particulier à ajouter à ce chapitre.

La résorption de l'épanchement peut-elle être activée par une action médicamenteuse ? Nous n'osons nous prononcer pour l'affirmative. Il est difficile, en effet, de juger si la diminution et la disparition de l'hématocele, qui se produit habituellement par les seuls efforts de l'organisme, quand rien ne vient entraver son travail de réparation, est hâté, jusqu'à un certain point, par l'administration d'un médicament ; nous conseillons néanmoins d'employer l'*arnica* et la *bella-done* qui nous ont paru favoriser la résorption de l'épanchement dans l'observation LVIII.

Toute la préoccupation du médecin doit être fixée sur la possibilité d'une nouvelle hémorrhagie et sur les moyens de s'y opposer. Cette recrudescence de la lésion, se produisant toujours au moment des règles ; la

femme, doit, pendant cette période, être soumise aux lois les plus sévères de l'hygiène ; le repos absolu dans la position horizontale est de rigueur. *Aconitum* sera prescrit pour prévenir la congestion hémorrhagique. La dose sera ici de 20 gouttes de teinture en 24 heures. *Digitalis* est aussi indiqué, dans ce cas, à cause de ses propriétés antihémorrhagiques et en particulier de son action sur l'utérus, mais je ne connais pas les signes qui doivent la faire préférer à l'aconit. Au moment de l'hémorrhagie, *arnica* est le médicament principal : mais *hamamelis*, *thlaspi bursa-pastoris*, *secale cornutum* et tous les médicaments de la métrorrhagie, sont pareillement indiqués. A ce moment l'application continue de glace sur le bas-ventre est aussi d'un grand secours.

Si le kyste sanguin est distendu par une nouvelle hémorrhagie, et que les douleurs violentes fassent craindre sa rupture, Nélaton conseille la ponction. Cette opération sera pratiquée par le vagin. C'est le seul cas dans lequel on devra intervenir chirurgicalement, attendu que la ponction est habituellement suivie de l'inflammation violente du kyste et de la mort de la malade.

Enfin, si l'hématocèle devient le siège d'un travail inflammatoire, on devra, par tous les moyens possibles, limiter et circonscrivre cette inflammation. *Aconit*, *colocynthis*, *cantharis*, retrouvent ici leur indication. Le collodion, quelquefois la glace, sont aussi très-utiles pour empêcher les accidents violents et persistants. On voit alors l'inflammation se borner à amener l'ulcération du kyste à sa partie inférieure et son ouverture dans le vagin ou dans le rectum, et souvent la guérison complète de la malade, comme vous en avez vu un exemple dans l'observation LX.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON.

SOMMAIRE: Eczéma. — Définition. — C'est une *affection*. — Eczéma rubrum (pseudo exanthématique) fendillé. — Siège. — Eczéma scrofuleux. — Observation. — Eczéma dartreux. — Observation. — Eczéma arthritique. — Observation. — Traitement. — Rhus toxicodendron et vernix, pathogénésie, indications. — Cantharis. — Arsenic. — Observation. — Plumbago. — Mezereum. — Dulcamara. — Viola tricolor. — Sepia. — Sulfur. — Eaux minérales. — Traitement externe.

L'eczéma est une *affection* cutanée, caractérisée par l'éruption de vésicules ou de vésico-pustules, quelquefois par la formation de *fissures*; par le suintement d'un liquide séreux ou séro-purulent, visqueux et par la formation de croûtes.

Cette affection s'accompagne toujours d'un prurit et d'un sentiment de brûlure, d'où lui vient son nom d'eczéma, ἐκζέω je brûle.

Dire que l'eczéma est une *affection*, c'est affirmer qu'il est toujours symptomatique; et qu'on doit rechercher à quelle maladie il se rattache; nous louons donc sans réserve M. Bazin d'avoir suivi les préceptes de notre École, en cherchant à préciser les caractères qui permettent de rattacher chacune des variétés de l'eczéma à une maladie déterminée. Et si, ébloui par l'éclat de

la vérité séméiotique qui veut que tout symptôme porte l'empreinte, le cachet de la maladie à laquelle il appartient, M. Bazin s'est quelquefois trop hâté de conclure dans un sujet aussi difficile ; si quelques-unes de ses distinctions ne sont point définitivement acceptables, il doit s'en consoler en pensant qu'il a incontestablement replacé les questions de dermatologie sur leur véritable terrain, et que ce qu'il n'a pu compléter sera certainement achevé par ses successeurs ; il a bâti sur le terrain solide de l'essentialité des maladies : son œuvre peut être perfectionnée, mais elle ne peut être renversée.

Nous admettons avec M. Bazin que l'eczéma peut se montrer dans trois maladies différentes : la dartre, la goutte et les scrofules ; nous ajoutons que cette affection peut aussi être causée par des poisons ou des médicaments. Le rhus toxicodendron et le rhus vernix, le mercure, l'arsenic, l'huile de croton, la cantharide sont de véritables *eczématogènes*, de même aussi qu'ils sont les meilleurs médicaments de cette affection. Nous verrons, à propos du traitement, qu'autre est l'eczéma du sumac, autre celui de la cantharide, autre celui du mercure, autre celui encore de l'arsenic ; mais comme ces différences ont surtout une importance thérapeutique, nous n'y insisterons pas en ce moment.

Dans tous les eczémas, il y a une première période inflammatoire et une période de dessiccation. Dès le début, il y a une éruption de vésicules sur un fond rouge plus ou moins tuméfié. Ces vésicules consistent dans un soulèvement de l'épiderme et contiennent, au moins les premiers jours, de la sérosité qui devient ensuite plus

ou moins purulente. Les vésicules sont plus ou moins acuminées, plus ou moins nombreuses, plus ou moins rapprochées, elles se rompent et l'eczéma devient suintant. Il ressemble assez bien, à ce moment, à la plaie d'un vésicatoire. Le liquide variable avec les espèces d'eczéma, se concrète et forme des croûtes toujours humides, mais plus ou moins jaunes et plus ou moins épaisses.

Dans la seconde période, les vésicules ou vésico-pustules cessent de se former, la surface se dessèche et l'eczéma se rapproche plus ou moins du psoriasis et du pityriasis. C'est alors une surface recouverte de croûtes sèches, furfuracées, laissant à découvert, lorsqu'elles tombent, une surface sèche, lisse, rougeâtre, et comme vernissée. La desquamation devient de moins en moins abondante; la peau pâlit et finit par reprendre son état normal; une teinte brunâtre persiste encore longtemps, comme dernier vestige de la maladie.

On appelle *eczéma rubrum*, l'eczéma à sa première période, l'eczéma inflammatoire. Il y a des variétés dans lesquelles l'eczéma est assez étendu pour simuler l'érysypèle, c'est l'eczéma *pseudo-exanthématique*. Le mouvement fébrile est plus ou moins intense, et Hardy a rencontré un cas qui s'est terminé par la mort.

L'*eczéma impétigineux* est celui dans lequel les vésicules sont remplacées peu à peu par des pustules. Hardy considère du reste l'*impétigo* comme une forme de l'eczéma.

L'*eczéma fendillé* est celui dans lequel les vésicules sont remplacées par des fissures, des rhagades de l'épiderme.

Enfin, on distingue encore, au point de vue du siège,

l'eczéma de la *face*, du *cuir chevelu* , des oreilles, des *membres*, des *seins*, des *parties génitales*.

L'eczéma *scrofuleux* est la variété la mieux caractérisée de toutes celles admises par Bazin.

C'est presque toujours un eczéma *impétigineux*, et il se distingue des autres eczémas par la présence de pustules, une sécrétion abondante, et, dans sa période d'état, par des croûtes jaunes, humides et épaisses.

Voici, d'après Bazin, le caractère commun des *dartres scrofuleuses*, caractère que l'on retrouve au plus haut degré dans l'eczéma : « la ténacité, la persistance dans le même lieu, l'ordre qu'elles suivent dans leur propagation, s'étendant, en général, de la tête et des parties supérieures du corps, aux parties inférieures ; leur prompte dissémination sur les diverses parties du corps ; la modalité particulière du travail inflammatoire, qui est essentiellement sécrétant et suppuratif ; la participation des follicules et des glandes, et souvent aussi du tissu cellulaire sous-cutané à ce travail inflammatoire ; le retentissement sur les ganglions lymphatiques de voisinage ; l'absence de douleur et de prurit, au moins de ce prurit violent et permanent qui augmente par la chaleur du lit, et porte souvent le malade à se déchirer la peau avec les ongles ; enfin les traces qu'elles laissent après elles. » (Leçon sur la scrofule, p. 176.)

En résumé, l'humidité considérable de l'éruption, un prurit relativement moindre, et principalement l'engorgement des ganglions lymphatiques constituent des caractères suffisamment tranchés pour constituer l'eczéma *scrofuleux*.

L'eczéma *dartreux* et l'eczéma *arthritique* sont beaucoup

plus difficiles à distinguer l'un de l'autre, et les caractères seméiotiques donnés par M. Bazin, caractères que nous allons reproduire, ont été très-sérieusement contestés par des dermatologistes autorisés. Nonobstant, voici les caractères assignés par M. Bazin à ces deux variétés d'eczéma.

L'eczéma dartreux, que Bazin appelle *herpétique*, a pour caractère propre de présenter des éléments anatomiques plus nets que les autres, c'est-à-dire qu'ici la lésion élémentaire est caractérisée uniquement par une *vésicule* sur un fond enflammé. De plus, il est habituellement symétrique. Il ne faut pas accepter ce dernier caractère dans sa rigueur mathématique ; quand l'eczéma se manifeste sur les deux oreilles ou sur les deux pieds, par exemple, il est presque toujours plus développé d'un côté que de l'autre ; ajoutons que nous avons observé des cas d'eczéma des oreilles, parfaitement symétriques chez des goutteux et chez des scrofuleux. Le troisième caractère de l'eczéma dartreux, et celui-là est plus spécial que la symétrie de l'éruption, est la nature du liquide.

L'eczéma dartreux donne lieu, pendant une de ses périodes à un écoulement séreux extrêmement abondant. Cet écoulement tache le linge en gris et l'empêche d'une manière toute particulière ; ajoutons que ce caractère n'est pas constant, qu'il n'appartient qu'à une période de la maladie ; mais enfin, quand il existe, il a une valeur séméiotique réelle.

L'eczéma dartreux est celui qui donne les démangeaisons les plus atroces de tous les eczémas ; il a tendance à récidiver et à se généraliser.

OBSERVATION LXI. — *Eczéma dartreux.*

Mademoiselle V..., 13 ans et demi. (Salle I, n° 2.)

La mère de cette jeune fille est scrofuleuse. Sa tante maternelle est dartreuse et asthmatique.

Cette malade, non encore réglée, a joui, jusqu'ici d'une très-bonne santé. Bien constituée, elle ne présente aucun des signes de scrofule.

L'eczéma qui occupe la face dorsale des orteils des deux pieds et leur intervalle, a débuté par des démangeaisons et par une rougeur très-vive de la peau malade, il y a un mois. L'éruption est constituée par des vésicules reposant sur un fond rouge et enflammé. Cette éruption donne lieu à un écoulement très-liquide, grââtre, qui empèse le linge; il y a des croûtes minces et brunâtres, par conséquent contenant du sang.

Le prurit est continu et considérable; l'affection est plus marquée au pied gauche; au pied droit elle est restée rudimentaire. Des deux côtés, elle occupe exactement le même siège. Le pli de l'aîne ne présente aucune trace d'engorgement ganglionnaire.

Cette malade prend *cantharis*, 12^e, 4 globules dans 100 grammes d'eau, en quatre fois dans la journée. Le traitement externe a consisté, les premiers jours, en applications de cataplasmes de fécule.

La malade s'est trouvée rapidement mieux sous l'influence de ce traitement; l'éruption a séché en même temps que le prurit a diminué. On a remplacé les cataplasmes par de la fécule.

11 décembre. Il se fait une nouvelle poussée. La malade se plaint d'avoir éprouvé, hier soir, une démangeaison plus vive en même temps que de nouvelles

vésicules se sont produites à la racine des orteils. On remplace *cantharis* par *arsenic*, 12^e, de la même manière.

14 décembre. *Arsenic* restant sans effet, on revient à *cantharis* 6^e, et aux cataplasmes.

18 décembre. Les vésicules de la face dorsale des orteils ont disparu. A la face plantaire, les croûtes sont moins épaisses. Le suintement a diminué. La démangeaison est moins grande. *Cantharis* 6^e, 2 gouttes dans la journée.

20 décembre. Des démangeaisons sont revenues beaucoup plus intenses qu'auparavant. On continue le même médicament, et on entoure le pied malade avec du taffetas gommé.

24 décembre. Il y a beaucoup moins d'inflammation. Le fond sur lequel reposent encore quelques vésicules, est d'un rouge peu marqué. Néanmoins, il y a un écoulement de sérosité assez abondant. *Cantharis* 6^e.

27 décembre. Il y a une grande amélioration. Les croûtes tombent et le suintement diminue. On continue le même médicament jusqu'au jour de son départ.

L'eczéma arthritique se distingue du précédent parce qu'il se compose d'éléments moins nets, moins bien délimités; les papules s'y trouvent mélangées aux vésicules; il est habituellement arrondi; il est asymétrique; il repose sur un fond violacé et s'accompagne d'un état variqueux de la peau. L'eczéma arthritique est beaucoup *plus sec* que les autres espèces d'eczéma. Il est très-persistant, il ne se généralise jamais comme l'eczéma herpétique; souvent, quand il disparaît, il est remplacé par une autre affection goutteuse, affection du cœur, des gros vaisseaux, de l'estomac, etc.; enfin il

laisse quelquefois des cicatrices, ce qui n'arrive pas habituellement dans les autres variétés d'eczéma.

Messieurs, les distinctions qui ne reposent que sur des nuances sont plus faciles à faire dans un livre qu'au lit du malade et les plus habiles, je ne crains pas de le dire, sont quelquefois bien embarrassés quand il faut faire le diagnostic différentiel de l'eczéma dartreux et de l'eczéma goutteux.

Des caractères donnés par Bazin aucun n'est absolu. Ainsi nous avons vu des eczémas symétriques chez les goutteux, ajoutons que le fond violacé et l'état variqueux de la peau s'observent surtout dans l'eczéma des membres inférieurs et est plutôt le signe d'une variété de siège que d'une variété nosologique.

Ces difficultés que nous sommes les premiers à reconnaître dans la distinction de l'eczéma dartreux et de l'eczéma goutteux, ne peuvent nous conduire à conclure légitimement que cette distinction n'existe pas, et encore moins à confondre sous le nom d'*uricémie*, la goutte et la dartre (Gigot-Suard de l'*Herpétisme*, p. 170). Mais si les caractères de l'éruption ne sont pas toujours suffisants pour établir le diagnostic différentiel de l'eczéma goutteux et de l'eczéma dartreux; l'ensemble des symptômes présentés par le malade permettra toujours de distinguer si on a affaire à un dartreux ou à un goutteux; ce qui est le point important aussi bien pour le pronostic que pour le traitement.

OBSERVATION LXII. — *Eczéma goutteux.*

Madame Vovet, âgée de 58 ans, est entrée le 2 décembre et sortie le 28 février; elle est couchée au n° 1 de la salle I.

Cette femme présente tous les signes de la constitution gouteuse,

Il y a douze ans, elle commença à ressentir des douleurs dans les articulations des doigts. Ces douleurs revenaient sourdes et lancinantes, presque tous les jours, et étaient accompagnées d'une légère tuméfaction. A partir de ce moment, les doigts se déformèrent. Aujourd'hui, cette déformation est très-marquée et l'extension des articulations ne peut être obtenue sans difficulté.

Les genoux ont aussi été le siège de douleurs, mais celles-ci étaient beaucoup moins intenses. A leur niveau, il n'y a ni déformation ni concrétions. De plus, cette femme est hémorrhédaire et elle a des varices aux deux jambes.

Depuis dix ans, elle éprouve des démangeaisons très-vives dans la région du cou et des bras. Ces démangeaisons s'accompagnaient toujours de rougeurs de la peau, mais sans éruption. Ce prurit n'était pas continu; il durait huit jours, disparaissait, pour revenir ensuite. L'état de la température n'avait aucune influence sur son retour.

L'eczéma des deux jambes pour lequel elle entre à l'hôpital remonte à un an. A cette époque, la peau devint rouge, principalement à la région interne. En même temps, se montrèrent des vésicules, ne donnant lieu à aucun suintement.

L'eczéma siège sur la partie antérieure des deux jambes et principalement de la jambe droite; il occupe les deux tiers moyens de cette région. La surface est rouge et violacée. Le suintement est peu abondant, il se convertit en croûtes jaunâtres assez épaisses. Toute

la jambe est le siège de démangeaisons et de douleurs cuisantes.

2 décembre. *Plumbago* 3^e trit., 20 centigr., dans 200 grammes d'eau, quatre cuillerées par jour. Cataplasmes de fécule.

4 décembre. Les croûtes sont tombées et laissent à découvert une surface rouge sombre, très-suintante et entourés de veinules dilatées. Même traitement.

13 décembre. Les démangeaisons sont excessivement vives. Quelques vésicules se sont ouvertes et ont laissé de petites surfaces rouges et ulcérées. Le suintement est peu abondant. *Ars.*, 3^e trit., 20 centigr., dans la journée et fécule.

17 décembre. La malade accuse une sensation de brûlure, surtout à la jambe gauche. — *Ars.*, 2^e trit., 20 centigr.

21 décembre. Les vésicules ont complètement disparu. Il reste une vaste surface rouge et luisante, présentant par places, de petites ulcérations et causant une démangeaison insupportable. — *Ars.*, 2^e trit., 20 centigr., On entoure la jambe avec du taffetas gommé.

29 décembre. La rougeur de la peau a considérablement diminué, mais les démangeaisons persistent.

1^{er} janvier. On entoure la jambe avec de la toile vulcanisée et on continue le même médicament.

6 janvier. L'état de la jambe est meilleur. Il y a peu de douleurs; il se forme quelques croûtes et le suintement continue. *Plumb. europ.*, 3^e.

12 janvier. On continue le même médicament. Pour combattre les démangeaisons, on arrose la jambe avec la solution suivante :

Plumb. europ., 1^{re}, 1 gramme; eau, 50 grammes; glycérine, 50 grammes.

14 janvier. Il n'y a aucune amélioration. Les croûtes sont toujours aussi nombreuses. La démangeaison est plus vive encore. On prescrit *rhus vernix*, T. M., 10 gouttes chaque jour, et on maintient la toile vulcanisée sur la jambe.

18 janvier. La rougeur de la jambe est beaucoup moins marquée; les croûtes commencent à tomber et laissent une surface rougeâtre et luisante. La démangeaison a diminué. — *Rhus vernix*, T. M., 10 gouttes.

23 janvier. L'amélioration continue. Il n'y a presque plus de suintement. — Même médicament.

2 février. La démangeaison est moins vive. La jambe ne présente plus que quelques points rouges qui ne sont le siège d'aucune exsudation. *Rhus vernix*, T. M., 10 gouttes.

6 février. On prescrit *sepia*, 1^{re} trit., 20 centigr.

13 février. On constate une légère poussée inflammatoire sur la région externe de la jambe. On continue le médicament et, en même temps, on prescrit un traitement local avec la solution suivante :

Glycérine, 100 grammes; *alcool*, 25 grammes; *sepia*, 1^{re} trit., 1 gramme.

20 février. L'inflammation a presque entièrement disparu. Sur certains points, la peau a sa coloration normale. On continue le même traitement que précédemment, tout en maintenant autour de la jambe la toile vulcanisée.

25 février. La peau a repris sa souplesse et sa coloration ordinaires. A peine est-elle encore le siège d'un

léger prurit. — On prescrit le même médicament jusqu'au jour de son départ.

Traitement. — M. Bazin qui comprend l'homœopathie, comme un spécificien, et qui croit que l'espèce, la nature de la maladie doivent servir de base principale au choix du médicament enseigne qu'il y a un traitement correspondant à l'eczéma herpétique, un autre à l'eczéma arthritique et un autre à l'eczéma scrofuleux. Nous sommes loin de penser que la thérapeutique de l'eczéma soit aussi simple que cela, et nous professons que, dans cette question comme sur tout le terrain thérapeutique, le médecin doit se laisser guider, pour le choix du médicament, par l'ensemble des symptômes présentés par le malade.

Nous avons vu qu'un grand nombre de médicaments avaient la propriété de produire à la peau un véritable eczéma. C'est avec ces substances que nous établirons le traitement de cette affection.

Le *Rhus toxicodendron* est une des substances qui reproduit le plus exactement chez l'homme sain les symptômes de l'eczéma. « Le résultat de l'absorption des *émulations* du sumac a lieu au bout de peu d'heures, et parfois après plusieurs jours seulement; il consiste en démangeaisons, gonflement, rougeur, douleurs et pustules plus ou moins vésiculeuses sur la région qui a été en contact avec les parties du végétal et même sur celles où il n'y a eu nul attouchement, comme le visage, le scrotum, les paupières, etc..... Les observations de Fontana, Gionon, Amouroux, Van Mons, et les expériences d'Orfila tendent à prouver que la partie la plus active du *rhus toxicodendron* est celle qui se dégage

à l'état de gaz lorsqu'il ne reçoit pas les rayons directs du Soleil. » (Cazin. *Des Plantes médicinales indigènes*, p. 1033 et 1034.)

Il est facile de trouver dans cette description empruntée à un auteur peu suspect d'homœopathie l'image assez exacte de l'eczéma dans sa période inflammatoire.

« Le célèbre Fontana rapporte qu'ayant touché, à trois reprises différentes et à plusieurs jours d'intervalles, des feuilles de *toxicodendron*, il éprouva des symptômes fâcheux. Quatre ou cinq jours après, les paupières, les extrémités des oreilles, et en général toutes les parties du visage se tuméfièrent et paraissaient remplies d'un fluide aqueux. *Les intervalles qui séparent les doigts de la main devinrent rouges et se couvrirent de petites vésicules qui se remplirent d'une humeur transparente*; l'épiderme tomba par petites écailles, et il éprouva une cuisson terrible pendant quinze jours et une démangeaison insupportable pendant quinze autres jours; le pouls était très-agité. » (In Orfila, *Toxicologie*, p. 133.)

Lavini, vingt-cinq jours après l'application de deux gouttes de suc du rhus toxicodendron sur la première phalange du doigt, éprouva les symptômes suivants : Grande ardeur dans la bouche et dans le gosier; enflure rapidement croissante de la joue gauche, de la lèvre supérieure et des paupières; la nuit suivante, tuméfaction énorme des avant-bras qui avaient acquis le double de leur volume naturel; peau coriace, *prurit insupportable*, chaleur très-forte. Quatre jours après il apparut sur les mains et surtout sur l'avant-bras *quelques pustules assez semblables à celles de la gale*; quelques-unes en crevant donnèrent une *humeur limpide* qui inoculée sur l'a-

vant-bras reproduisit d'autres pustules. » (Loc. cit., p. 133.)

Or, des *pustules* assez semblables à celles de la gale et d'où s'échappent une *humeur limpide*, sont de *vraies vésicules*.

Le *rhus toxicodendron* est donc un remède homœopathique par excellence de l'*eczéma rubrum*, et plus cet eczéma se rapprochera par son aspect de l'érysipèle et plus le *rhus* sera indiqué.

L'éruption de *vésicules* sur un point rouge avec prurit interne, suivi de douleurs de cuisson, après que le malade s'est gratté, telle est l'indication formelle du *rhus toxicodendron* quelle que soit du reste la nature goutteuse ou dartreuse de l'eczéma. De l'agitation et un état fébrile est une confirmation de plus de cette indication.

Le *rhus radicans* qui, suivant Bosc, n'est que le *rhus toxicodendron*, plus âgé et le *rhus vernix* ont les mêmes propriétés que le *rhus toxicodendron*. M. le D^r Cretin a beaucoup contribué à vulgariser l'emploi du *rhus vernix*, dans le traitement de l'eczéma; il le prescrit à la dose de 20 gouttes de teinture mère par jour.

Cantharis, qui, d'après Richard Hughes, pourrait, par sa seule action dynamique, produire des pustules à la peau, est un médicament très-analogue au *rhus*. Je l'ai surtout employé dans l'eczéma dartreux pendant la période inflammatoire, et je lui dois de nombreuses guérisons. Je prescris ce médicament de la 6^e à la 12^e dilution.

L'*arsenic* est encore un médicament de l'eczéma comme le prouverait au besoin ce passage de Hahnemann : « Boutons blanchâtres, pointus, contenant un *liquide aqueux* au sommet, qui se développent avec *prurit ardent*

comme des piqûres de cousin, aux mains, entre les doigts, au bas-ventre ; se gratter fait échapper le liquide et cesser le prurit. » (Symptôme 1046.) Le *prurit ardent* et la *desquamation* sont les autres symptômes notés par Hahnemann. Imbert-Gourbeyre a publié, sur les *éruptions arsenicales*, un mémoire que je vous engage à consulter et qui démontre la propriété *eczématogène* de l'arsenic.

Quant aux propriétés *eczématofuges* de ce médicament, il n'y a qu'à consulter la pratique de tous les médecins allopathes pour s'assurer que l'arsenic et les *eaux arsenicales* sont considérés par eux comme une espèce de spécifique.

Les indications qui nous font préférer l'arsenic aux autres médicaments de l'eczéma sont : la chronicité, la période de desquamation sèche et le prurit brûlant. L'arsenic est donc pour nous un médicament à employer après *rhus* ou *cantharis*.

Voici un cas emprunté à notre clientèle, et dans lequel arsenic a achevé la guérison commencée par *cantharis* et *rhus vernix*.

OBSERVATION LXIII. — *Eczéma arthritique, échec des Eaux de Royat et du traitement alcalin. Cantharis, rhus vernix, plumbago, sulfur, arsenic. Guérison.*

M. F... est un homme de 48 ans, d'une très-robuste constitution, atteint, depuis deux ans, d'un eczéma symétrique des deux oreilles. M. Bazin a porté le diagnostic, *eczéma arthritique* parce que le malade est sujet à la migraine et aux hémorroïdes. Le traitement alcalin n'a rien produit ; une saison à Royat a plutôt aggravé la situation, et le malade vint me consulter le 17 octobre 1873.

Les deux oreilles sont prises, la droite un peu plus que la gauche; elles sont rouges fortement épaissies, roides et très-suintantes. Elles ont l'aspect de la surface d'un vésicatoire. Je preseris *cantharis* 12, 6 globules dans 200 grammes d'eau, deux cuillerées par jour; et pour protéger les surfaces excoriées, un liniment composé avec 10 grammes d'eau, 1 gramme de glycérine et deux gouttes de teinture de cantharide.

25 octobre. — Un peu de mieux, le malade se plaint du liniment qu'on n'emploie plus que de loin en loin. Poudre d'amidon sur les surfaces excoriées. *Cantharis* (6), deux gouttes dans 200 grammes d'eau, deux cuillerées par jour.

4 novembre. — Le mieux ne fait pas grands progrès. Je cesse tout à fait le liniment et je preseris *mezereum* (2^e) 20 centigr. dans 200 grammes d'eau, deux cuillerées par jour.

Le 13. — *Mezereum* n'a pas réussi. Je reviens à *cantharis* 12 et 30, continué jusqu'en janvier 1874. Le malade va manifestement mieux. La surface est sèche, mais les oreilles sont épaisses et roides. *Arsenic* 12, comme *cantharis*: *arsenic* (6) puis (3^e trit.) est continué jusqu'au 16 février où je reprends *cantharis* (12 et 6), parceque l'état aigu reparaît.

8 avril. — La cantharide améliore constamment l'état aigu mais sans apporter une guérison radicale. Je preseris en ce moment *rhûs vernix* (teinture mère) quatre gouttes par jour. Sulfur 12 avait été donné sans résultat.

Le *rhûs vernix* fut continué tout l'été, sauf un intervalle de 15 jours inutilement consacrés au *plumbago*, et le

15 septembre l'eczéma ne présentait plus ni rougeurs vives, ni suintement, c'était un eczéma parfaitement sec. Je reviens à *arsenic* (1^e trit.) 20 centig. dans 200 gr. d'eau, deux cuillerées par jour.

14 octobre. — Le malade prend *arsenic* (1^{re}) depuis un mois, il va beaucoup mieux. Je veux forcer un peu la dose et donner 30 centig. de la 1^{re} au lieu de 20 centig. Le malade, éprouve des nausées, de la diarrhée, de la soif et des douleurs brûlantes à l'estomac, il suspend le médicament.

28 octobre. — *Arsenic* (30) est continué avec des intervalles de repos jusqu'en janvier 1875. Le malade paraît guéri.

Pendant l'hiver l'eczéma reprend, mais très-faiblement, *arsenic* 4^e à la dose de 5 centig. suffit pour l'arrêter. Le malade resta complètement guéri pendant l'été 1875 et l'hiver 1876.

Mon ami, le Dr Frédault, a appelé l'attention des médecins sur l'emploi du *plumbago* dans le traitement des eczémas humides et ce médicament a donné quelques succès; ses indications ne sont pas bien précises.

D'après Cazin, le *plumbago* ou *dentelure* jouit d'une action rubéfiante et vésicante des plus marquées; employé contre la gale il produit quelquefois des éruptions générales, et une jeune fille qui en avait fait usage inconsidérément était pour ainsi dire écorchée vive.

Ce médicament nous conduit à vous parler du *meze-reum*, de *dulcamara* et de *viola tricolor* qui sont surtout indiqués dans l'eczéma *impetigineux* si fréquent chez les scrofuleux, il en est de même de la *sépia*.

Le *mezereum*, daphne *mezereum*, bois gentil, faux garou, sain bois, etc., a été étudié par Hahnemann, mais il était employé traditionnellement contre la scrofule, et son usage externe était et est encore très-répandu pour établir des vésicatoires. Voici, d'après Cazin, l'action de ce médicament sur la peau. « Son action est lente, il ne produit la rubéfaction qu'au bout de 24 heures, et le vésicatoire qu'après 48 heures. Ils occasionnent une *démangeaison insupportable*, une éruption boutonneuse et une inflammation autour de la partie où il est appliqué. Cet exutoire mouille deux fois par jour, et abondamment, jusqu'à huit ou dix compresses doubles. La sécrétion est vraiment merveilleuse et d'une abondance même incompréhensible. La surface attaquée se gonfle et forme une foule de petites saillies par lesquelles s'écoule la *sérosité*. Un des avantages de ces exutoires c'est que la peau revient à son état normal, et ne laisse de cicatrices d'aucune sorte. (Cazin, *loc. cit.*, p. 370.) Hahnemann signale un prurit qui augmente après s'être gratté et en se déshabillant, et une éruption de pustules et de boutons pruriteux généralisée ainsi que la desquamation de tout le corps (*Maladies chroniques*, t. II, p. 563). L'extrême abondance du liquide séreux produit par le *mezereum*, indiquerait encore ce médicament dans la période aiguë de l'eczéma dartreux.

Dulcamara. — Bertrand de la Grenie et Carrère, Gardas préconisent cette plante dans le traitement de l'eczéma, et Cazin rapporte l'observation d'un eczéma scrofuleux de la jambe droite, guéri radicalement par l'usage interne d'une forte décoction de rameau de douce-amère.

Comme effets pathogénésiques se rapportant à l'ec-

zéma, cet auteur ne cite que deux symptômes : des picotements dans diverses parties du corps; quelquefois un prurit des organes génitaux (*loc. cit.*, p. 403).

Dans les *maladies chroniques* de Hahnemann, on trouve principalement des symptômes d'urticaires avec aggravation nocturne; mais les phénomènes suivants peuvent être rapportés à l'eczéma : croûtes dartreuses sur tout le corps (356), éruptions suintantes sur la joue (94); et Hahnemann note expressément les éruptions dartreuses avec gonflement glandulaire (p. 198). Jahr reproduit Hahnemann et y ajoute : « éruption de pustules prurientes, qui passent à la suppuration et se recouvrent d'une croûte, surtout aux membres inférieurs et à la partie postérieure du corps. » Il est facile de reconnaître dans ces données pathogénésiques, l'image de l'eczéma impétigineux propre aux scrofuleux. Nous avons l'habitude d'alterner dans ces cas la douce-amère avec la pensée sauvage, et d'employer les basses dilutions de la première à la troisième.

Viola tricolor ou *pensée sauvage*. — C'est encore là un médicament traditionnel contre la scrofule, l'eczéma impétigineux des scrofuleux et en particulier cette variété si fréquente dans l'enfance qui a reçu le nom de *croûte de lait*. Strack, de Mayence, l'administrait en poudre, dans du lait, contre les croûtes laiteuses. Il prétend qu'au bout de quatre jours *le visage se couvre de croûtes épaisses*. (*In Cazin*, p. 809.)

Jahr donne comme symptômes pathogénésiques : éruption miliaire par tout le corps, croûtes à la face, avec prurit brûlant, surtout la nuit, et suintement d'un pus jaune et visqueux, gonflement des glandes du cou.

Richard Hugues affirme qu'il n'a jamais eu besoin d'un autre médicament contre les croûtes de lait et qu'il l'a administré avec succès contre l'impétigo des adultes. Il se sert de la sixième dilution dans le premier cas, et de la première décimale pour le second.

Je répète que c'est avec *Dulcamara* mon remède principal dans l'eczéma impétigineux des scrofuleux.

OBSERVATION LXIV. — Salle des femmes, n° 3. *Eczéma impétigineux.*

Mlle Marie G.... 16 ans, entrée le 26 décembre 1875.

Cette jeune fille, âgée de 16 ans, non encore réglée, semble être douée d'une constitution assez vigoureuse, mais d'une apparence scrofuleuse.

Depuis quatre ou cinq ans, elle est sujette à des éruptions dartreuses qui durent un mois ou deux, disparaissent ensuite pour revenir au bout d'un certain temps.

Il n'y a pas d'antécédents héréditaires. Son père est mort accidentellement; sa mère vit encore et se porte assez bien.

L'affection de la peau pour laquelle elle entre aujourd'hui dans nos salles et qui l'empêche, nous dit-elle, de se placer, a débuté il y a deux mois environ. Elle siège des deux côtés de la tête, sur les oreilles dans la région mastoïdienne, et se prolonge sur les régions latérales du cou dans une certaine étendue. Il y a fort peu de vésicules, mais la région occupée par l'eczéma est recouverte des croûtes épaisses, jaunâtres au-dessous desquelles la peau semble injectée.

Les symptômes locaux se bornent à une légère dé-

mangeaison. Les ganglions voisins sont tuméfiés, mais nullement douloureux.

L'état général de la malade est bon. Les règles apparaissent pour la première fois, mais d'une manière très-incomplète. On prescrit *Plumbago europ.* (3).

27 décembre. On n'observe pas de changement dans l'état local. Rhus vernix (T. M.) 10 gouttes par jour.

6 janvier. Rhus vernix (T. M.) 12 gouttes par jour.

Le 14. — La malade semble aller un peu mieux. Les croûtes sont moins nombreuses et moins épaisses. Une petite étendue de la région occupée par l'éruption reprend même la coloration normale de la peau. Rhus vernix (T. M.) 15 gouttes par jour.

Le 21. — L'amélioration qui s'était produite ces jours derniers ne se maintient pas. Rhus vernix (T. M.) 18 gouttes par jour.

Le 24. — Le rhus vernix donnant un résultat nul, nous nous décidons à prescrire Dulcamara (3) 2 gouttes par jour.

1^{er} février. Il y a une amélioration assez sensible aujourd'hui. Les croûtes qui avaient augmenté tombent. La démangeaison est moins vive. Dulcamara (2) 2 gouttes par jour.

Le 5. — L'éruption reste stationnaire. Viola tricolor (3) 2 gouttes par jour.

Le 11. — On revient à Dulcamara (3).

Le 17. — Sous l'influence de ce dernier médicament, la sécrétion qui se formait à la surface de la peau cesse. Celle-ci est plus souple, moins sèche et moins aride. Dulcamara (2).

Le 20. — L'amélioration franche qui s'est produite depuis quelques jours se continue. Il n'y a plus de

nouvelle formation de croûtes ; la peau est moins rouge et moins ridée. *Dulcamara* (1) 2 gouttes par jour.

Le 23. — La démangeaison qui a persisté a cédé. L'engorgement ganglionnaire disparaît. *Dulcamara*. (T. M.) 5 gouttes par jour.

Le 25. — *Dulcamara* (T. M.) 5 gouttes par jour.

Le 28. — L'état de la malade est très-satisfaisant. La peau reprend peu à peu sa souplesse et sa coloration normale. Dito.

Le traitement par *Dulcamara* ayant été remplacé par un autre, la malade a été reprise, il y a un mois, d'une nouvelle éruption d'impétigo, qui a cédé à *calcareo carbonica* alterné avec orpiment. L'apparition régulière des menstrues semble devoir assurer la guérison.

La *Sepia* est un médicament qui appartient en entier à la littérature homœopathique. Sa pathogénésie comprend : *prurit avec vésicules sur un fond rouge sur toutes les parties du corps : face, paupières, mains, pieds, aisselles, vulves, anus, oreilles, cuir chevelu*. Pour le Dr Cretin, la *sepia* correspond surtout aux croûtes et à l'eczéma lichénoïde. D'après mes études particulières sur les cas de guérison obtenue par la *sepia*, ce médicament réussirait surtout dans l'eczéma scrofuleux.

Sulphur. — Je me sers très-peu du soufre dans l'eczéma proprement dit, je réserve ce médicament pour le prurigo et pour les affections qui se sont développées à la suite de la suppression d'une éruption.

Vous dirai-je un mot de l'emploi des eaux minérales ? Je trouve que tout est à faire sur ce point ; la pratique de Bazin me semble peu heureuse, et je vois sou

vent de ses malades qui ont pris vainement les eaux sur ses indications. Gigot-Suard a fait sur ce point des travaux qui rentrent tout à fait dans la méthode expérimentale et par conséquent qui pourront servir à fixer les indications spéciales des eaux de Cauterets dans l'eczéma, mais je ne puis à propos d'une leçon clinique aborder ce sujet difficile et que je ne puis appuyer sur un nombre d'observations suffisantes. Qu'il vous suffise de savoir qu'on peut guérir l'eczéma sans avoir recours aux eaux minérales.

En terminant, un mot sur le *traitement externe* de l'eczéma. En général je suis tout à fait opposé à ce traitement; et après avoir essayé, pendant plusieurs années, d'appliquer sur l'eczéma le même médicament que je prescrivais à l'intérieur, j'ai renoncé tout à fait à cette pratique, non pas comme nuisible, mais comme inutile. Mais s'il est inutile et quelquefois dangereux de traiter l'eczéma par des applications externes, il est bon d'avoir à sa disposition des *topiques* qui ne guérissent pas, mais qui soulagent certaines souffrances accessoires. Les bains d'amidon, les cataplasmes de fécule, combattent avantageusement l'inflammation de la période aiguë de l'eczéma, soulagent les malades et ne nuisent en rien au traitement interne.

Le *prurit* est dans certains cas une torture dont il faut absolument délivrer le malade, l'application d'une toile imperméable, soit en caoutchouc, soit en tissu gommé, nous a rendu de très-grands services et a procuré aux malades un repos absolument nécessaire. Cette pratique, empruntée à l'*Hôpital Saint-Louis*, est du reste complètement inoffensive, et n'empêche en aucune façon l'action des médicaments homœopathiques.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

SOMMAIRE : *Fièvre typhoïde, forme bénigne.* Observation. — *Forme commune.* Observation. Diagnostic de la fièvre typhoïde; prodromes, tracés thermiques dans la fièvre typhoïde, la synoque, la variole, la pneumonie, la phthisie aiguë. — Avantage des tracés thermiques : image saisissante de l'ensemble de la maladie; valeur diagnostique, confirmation de la doctrine des jours critiques. — Fièvres bilieuses, fièvres muqueuses, sont des erreurs nosologiques. — Le catarrhe aigu de l'estomac n'est que l'ancienne théorie de la gastrite universelle de Broussais. — Les prétendus symptômes gastriques sont des symptômes de stomatite, affection banale et commune aux maladies les plus diverses. — *Forme commune prolongée.* Observation. — Importance de la forme commune prolongée. — Des formes de la fièvre typhoïde. — Importance clinique de cette question. — Nécessité du diagnostic de la forme, même pour le médecin homéopathe. — Traitement. Belladone, acide muriatique et phosphorique. — Arsenic. — Ipéca. — Aconit. — Chinninum sulfuricum-baptisia. — Les maladies ne se jugulent pas. — Régime. — Méningo-encéphalite de la fièvre typhoïde.

Messieurs,

Depuis le commencement du mois de janvier, nous avons eu dans nos salles trois cas de fièvre typhoïde.

Le premier est un exemple de fièvre typhoïde *bénigne* complètement terminé le quatorzième jour de la maladie; le second est un cas de *forme commune* arrivé à l'apyrexie le vingtième jour; enfin le troisième est un magnifique exemple de la *forme commune prolongée*. En effet le malade présenta une rémission considérable de tous les symptômes le vingt-sixième jour; le trentième jour le mouvement fébrile recommençait et se prolongeait jusqu'au quarantième jour. Nous profi-

terons de ces trois cas pour vous donner les règles positives du *diagnostic* et du *traitement* de la fièvre typhoïde.

Nous allons vous rappeler d'abord l'histoire de la jeune fille atteinte de *forme bénigne* de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION LXV. — *Fièvre typhoïde bénigne.*

Cette jeune fille, d'une très-bonne santé antérieure, n'habite Paris que depuis deux mois. Elle ne garde le lit que depuis le 31 décembre, mais une dizaine de jours auparavant elle avait éprouvé les prodromes de sa maladie: de l'inappétence, des saignements de nez, un malaise général, de la courbature, une douleur dans la région cervicale postérieure, tels furent les prodromes de la fièvre typhoïde bénigne dont elle est atteinte.

Aujourd'hui il y a une légère prostration des forces. La malade se plaint d'une céphalalgie vive, surtout au niveau de la région frontale, de vertiges et de bourdonnements d'oreille.

L'intelligence est presque intacte, il y a un peu de confusion dans les idées. L'ouïe est considérablement diminuée. Il y a anorexie complète. La langue est couverte d'un léger enduit blanchâtre au milieu; elle est rouge sur les bords et à la pointe.

La malade n'a pas de diarrhée; le ventre est ballonné et très-sensible; on constate facilement du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

On prescrit *muriat. acid.*, 3^e, 3 gouttes, dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures, le jour,

et *bellad.*, 3^e, de la même manière, pour la nuit. Diète absolue.

5 janvier, 7^e jour. La nuit a été un peu agitée. Il y a eu même un léger délire. On trouve sur la peau du ventre quelques taches rosées lenticulaires, disparaissant sous la pression du doigt. Même traitement. T. M. 38°, 5, P. 96 ; T. S. 39°, 4, P. 112.

6 janvier, 8^e jour. La malade a été plus tranquille que la nuit dernière. On observe quelques taches de plus que le jour précédent. A l'auscultation des poumons on ne trouve que des râles sibilants, très-nombreux. *Dito*. T. M. 38°, 8, P. 96 ; T. S. 39°, 4, P. 104.

7 janvier, 9^e jour. La malade a un peu de diarrhée ce matin. La céphalalgie a disparu complètement. Le pouls est fort et dicrote. Même traitement. T. M. 37°, 8, P. 88 ; T. S. 38°, 8, P. 100.

8 janvier, 10^e jour. L'état général de la malade est très-bon. Celle-ci répondassez bien aux questions qu'on lui adresse. Il y a beaucoup moins de surdité que les jours précédents. Même traitement ; on permet en même temps de prendre quelques potages. T. M. 37°, 6, P. 96 ; T. S. 38°, 4, P. 96.

9 janvier, 11^e jour. Ce matin il y a apyrexie complète ; le thermomètre ne marque que 36°, 4, le pouls est à 84 ; T. S. 38°, 4, P. 96.

10 janvier, 12^e jour. La malade continue à aller bien. L'appétit est revenu. T. M. 37°, 2, P. 88 ; T. S. 39°, P. 100. Même traitement. Potages.

11 janvier, 13^e jour. T. M. 37°, 3, P. 84 ; T. S. 37°, P. 96. *China*, 6^e.

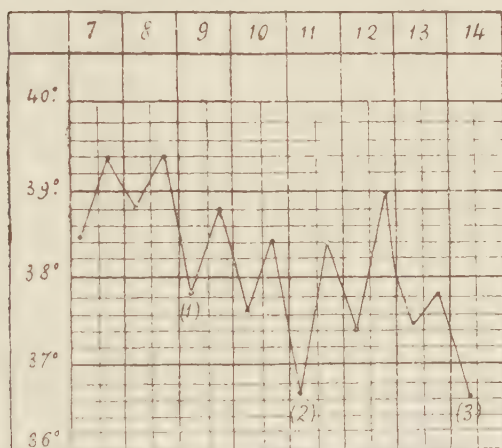
12 janvier, 14^e jour. La fièvre est complètement

tombée. La langue est humide et entièrement nettoyée.
Dito.

13 janvier. La malade continue à aller très-bien. On donne *china* jusqu'au 23 janvier, date où la malade nous quitte après un séjour de vingt jours à peine. Une production considérable de poux de tête a coïncidé avec cette guérison.

Voici le tracé de cette observation :

N° 1. Fièvre typhoïde bénigne. Mademoiselle N...



Voici maintenant la seconde observation.

OBSERVATION LXVI. — *Fièvre typhoïde. Forme commune.*

B..., 25 ans, entré le 12 janvier, sorti le 14 février.
(Salle des hommes, n° 4.)

(1) Première rémission le 9^e jour.

(2) Chute complète du mouvement fébrile le 11^e jour.

(3) Guérison.

Ce jeune homme se plaint d'un malaise général depuis les premiers jours de janvier. Une lassitude extrême, de la céphalalgie avec perte de l'appétit, tels furent les symptômes qu'il éprouva jusqu'au 7 janvier, époque à laquelle il fut obligé de garder le lit.

Il y a trois ou quatre jours il a eu un frisson intense, et hier ont apparu, à plusieurs reprises, des saignements de nez, fort peu abondants du reste.

Voici ce que nous présente aujourd'hui ce malade : il se plaint d'un mal de tête violent, mais n'accuse aucune douleur dans l'abdomen ; l'appétit est perdu complètement ; la langue est blanche au milieu et rouge sur les bords et à la pointe.

12 janvier, 6^e jour. Le soir, le thermomètre marque 38°,8, et le pouls est à 104. *Muriat. acid.*, 3°, 3 gouttes par jour. Bouillon.

13 janvier, 7^e jour. T. M. 38°,4, P. 96 ; T. S. 38°,8, P. 96. La nuit a été assez calme. Ce matin on aperçoit sur la paroi abdominale quelques taches roses, lenticulaires et disparaissant sous la pression du doigt. *Muriat. acid.*, 3°. Bouillon.

14 janvier, 8^e jour. T. M. 38°,6, P. 80 ; T. S. 39°,8, P. 96. Il y a eu un peu d'agitation pendant la nuit. L'état général cependant est bon. Le malade a eu quelques quintes de toux, mais l'auscultation donne un résultat négatif. *Dito.*

15 janvier, 9^e jour. T. M. 38°,8, P. 84 ; T. S. 39°,8, P. 96. Le malade se plaint beaucoup de céphalalgie. *Muriat. acid.*, 3°, et *bellad.* 3°, alternée.

16 janvier, 10^e jour. T. M. 38°,6, P. 84 ; T. S. 39°,2, P. 100. Le malade accuse une amélioration assez sensible.

17 janvier, 11^e jour. T. M. 38°,6, P. 96; T. S. 39°,6, P. 96. Le malade a de la diarrhée. Le ventre est déprimé et légèrement douloureux à la pression. Même traitement.

18 janvier, 12^e jour. T. M. 38°, P. 84; T. S. 38°,6, P. 84. La diarrhée continue, il y a de la stupeur et le malade répond assez difficilement aux questions qu'on lui pose. Même traitement.

19 janvier, 13^e jour. T. M. 38°, P. 84; T. S. 39°, P. 88. *Dito*.

20 janvier, 14^e jour. T. M. 37°,6, P. 84; T. S. 39°, P. 92. La diarrhée a un peu diminué; les selles sont liquides et répandent une odeur fétide. Même traitement. Potages.

21 janvier, 15^e jour. T. M. 37°,6, P. 68; T. S. 39°,2, P. 84. Le malade a eu ce matin une légère épistaxis. *China*, 6; 2 gouttes dans la journée, à cause du mouvement fébrile franchement rémittent depuis deux jours.

22 janvier, 16^e jour. T. M. 37°,6, P. 68; T. S. 39°,4, P. 84. La diarrhée a cessé presque complètement. L'état général du malade est bon. Même traitement.

23 janvier, 17^e jour. T. M. 37°,5, P. 68; T. S. 38°,8, P. 88. Le paroxysme du soir persistant malgré *china*, je donne *chininum sulfuricum*, 4^{re} trit., 20 centigr., dans la journée. Œuf.

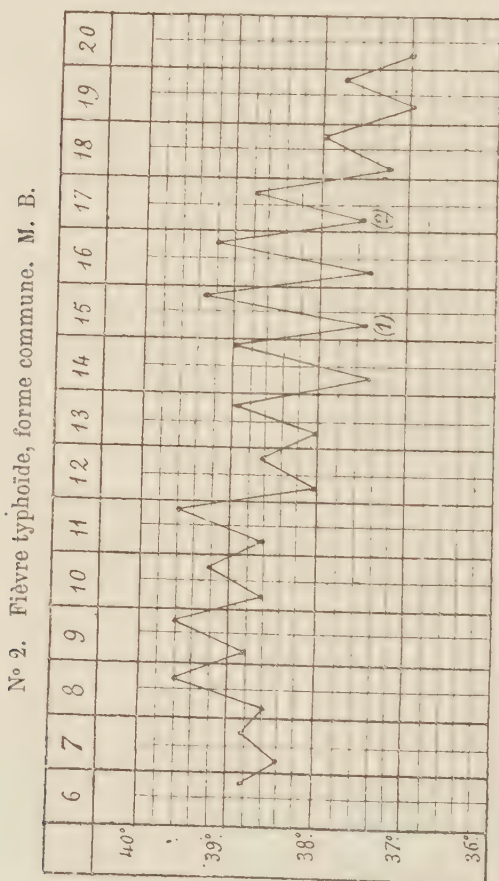
24 janvier, 18^e jour. T. M. 37°,2, P. 68; T. S. 38°, P. 88. La fièvre va en diminuant tous les jours. Le malade commence à avoir un peu d'appétit. *Dito*. Un peu de viande.

26 janvier, 20^e jour. Le mouvement fébrile du soir a disparu; on permet au malade de manger des potages et un œuf, et on suspend toute médication.

30 janvier. Le malade continue à aller bien. Il y a cependant encore un peu de céphalalgie. *Bellad.*, 30°, deux fois dans la journée.

5 février. Sous l'influence de *belladonna*, la céphalalgie a cédé. Le malade reprend rapidement ses forces et reste en convalescence dans nos salles jusqu'au 14 février.

Voici le tracé :



(1) China 6°, reste sans effet.

(2) Chininum sulf. 1^{re} trit., arrête l'intermittence.

Un des médecins qui suivaient le service à ce moment avait diagnostiqué chez notre jeune homme un *embarras gastrique*; quelques-uns d'entre vous contestèrent le

diagnostic fièvre typhoïde chez la jeune fille entrée en convalescence le 14^e jour, et à cette occasion on parla de *fièvre muqueuse*. Il est donc important de vous exposer sur quels signes j'ai, dans les deux cas, basé mon diagnostic *fièvre typhoïde* ; et de faire, encore une fois, bonne justice de ces dénominations sans valeur scientifique : *fièvre muqueuse*, *fièvre gastrique*, *fièvre bilieuse*, *catarrhes gastriques*, qui, comme l'*embarras gastrique*, ne cachent le plus souvent qu'un *embarras de diagnostic*.

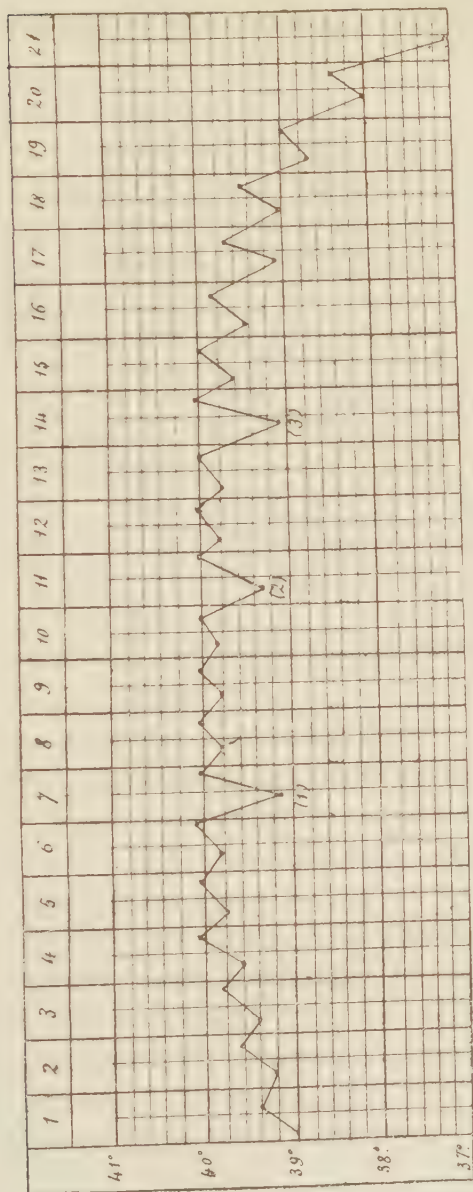
Autrefois le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde au début et des autres fièvres continues et éruptives qui lui ressemblent : éphémère, synoque, variole, se basait principalement sur l'existence de prodromes à caractères bien spéciaux dans la fièvre typhoïde. Le malaise, la céphalalgie, la tristesse, la diminution des forces et de l'entrain, un sommeil troublé, l'inappétence, et principalement les épistaxis et la tendance à la diarrhée, forment un ensemble qui, prolongé pendant huit ou quinze jours, constitue les prodromes de la fièvre typhoïde. Or l'éphémère, la synoque, la variole n'ont pas de prodromes ou n'en ont que d'insignifiants, et le mouvement fébrile débute habituellement brusquement.

Le début brusque manque presque toujours dans la fièvre typhoïde, et c'est encore là un bon signe pour le diagnostic différentiel. L'état de la peau, la stomatite avec langue blanche au milieu et rouge à la pointe étaient des signes que nous recherchions avec soin et dont nous nous efforcions de saisir la signification précise dans les cas difficiles ; mais, disons-le hautement, dans les cas où les prodromes faisaient défaut, et c'étaient

les cas graves, le diagnostic du début était souvent fort épineux.

Aujourd'hui le diagnostic de la fièvre typhoïde emprunte à la thermométrie une rigueur mathématique. La constatation exacte de la chaleur nous donne si rigoureusement le degré du mouvement fébrile que nous pouvons constater sans difficulté et sans possibilité d'erreur les nuances les plus délicates de ce syndrome; et, vous le savez, c'est sur des *nuances* que reposent tous les diagnostics différentiels. Sans doute, nous savons depuis longtemps que le mouvement fébrile était plus brusque dans son début, et qu'il atteignait plus promptement son summum d'intensité dans la synoque et la variole que dans la fièvre typhoïde; mais, tant que la fréquence du pouls a été notre seule mesure du mouvement fébrile, les différences d'allure de ce syndrome n'étaient pas toujours parfaitement saisissables; et, par conséquent, le diagnostic différentiel manquait de certitude. L'observation thermométrique nous a fait connaître exactement les caractères de la chaleur fébrile dans les fièvres, et pour le diagnostic différentiel qui nous occupe en ce moment, ces caractères peuvent se résumer en ces deux propositions: Dans la synoque, la variole et la pneumonie le degré thermique le plus élevé, 40 degrés en moyenne, est atteint par une ascension continue dès les premiers jours; dans la fièvre typhoïde ce degré n'est atteint qu'après le 4^e jour, et par une ascension composée de rémission matutinale et d'aggravation vespérale. Un tracé schématique fera mieux comprendre la valeur de ce signe et le fixera dans votre mémoire.

N° 3. Tracé schématique de la température dans la fièvre typhoïde.

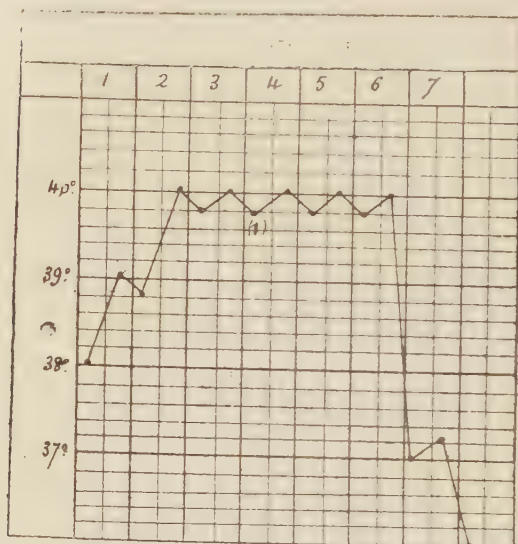


(1) Rémission du 7^e jour; elle tombe quelquefois à 38.

(2) Rémission du 11^e jour.

(3) Rémission du 14^e jour; elle peut tomber à 37.

N° 4. Tracé schématique de la pneumonie et de la synoque.



(1) La défervescence peut avoir lieu le 4^e jour, ou elle retarde au 7^e, 9^e, ou 11^e.

Ainsi, une ascension brusque, rapide, sans alternative matutinale et vespérale bien sensible, caractérise le mouvement fébrile de la synoque, de la variole et de la pneumonie. Une ascension progressive, dans laquelle la chaleur de chaque matin est supérieure à celle du matin précédent, mais inférieure à celle du soir du jour précédent, en sorte que le tracé représente une *ascension en échelon*, est propre à la fièvre typhoïde. Il est donc facile, quand on possède le tracé thermométrique du début, de faire le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde, de la synoque, de la variole et de la pneumonie.

Il y a une autre maladie avec laquelle il est encore plus facile de confondre la fièvre typhoïde, c'est la

phthisie aiguë. Ici le tracé thermique ne peut suffire à la solution du problème séméiotique parce que la fièvre de la *phthisie aiguë* affecte un type rémittent.

En résumé, la fièvre typhoïde est la seule maladie dans laquelle le tracé thermique présente une période régulièrement ascendante pendant quatre à cinq jours; suivie d'une période d'*oscillation stationnaire* qui varie de neuf à vingt jours et est terminée par une période d'*oscillation descendante* de quelques jours de durée. Le tracé thermique suffit donc complètement au diagnostic de la fièvre typhoïde.

Nous devons vous faire remarquer, Messieurs, que les recherches modernes sur la température des fièvres et les tracés thermiques qui les expriment, ont le grand avantage de résumer et de présenter en une image parfaitement saisissable les caractères et tout l'ensemble du mouvement fébrile, en sorte que, un regard jeté sur un tracé, permet à l'esprit de saisir en un instant la nature, les complications diverses, la gravité et la durée d'une maladie.

Un autre avantage de ces études thermométriques, est la distinction si nette, si précise qu'elles permettent d'établir entre les mouvements fébriles de maladies analogues. Ainsi autre est le mouvement fébrile de la synoque, autre est celui de la fièvre typhoïde, autre est celui de la variole. La pathologie générale a donc raison de nous enseigner que les symptômes reçoivent des maladies dans lesquelles ils se développent un caractère particulier, et cette grande loi sur laquelle repose la séméiotique tout entière est singulièrement confirmée par les études thermométriques modernes.

L'étude de la chaleur, dans les maladies fébriles, vient donner à la doctrine si ancienne des *jours critiques* une confirmation bien inattendue, à condition toutefois qu'on n'entende pas cette doctrine avec une rigueur judaïque. Les jours critiques tombaient, suivant la tradition la plus accréditée, le 4^e, le 7^e, le 11^e, le 14^e, le 17^e et le 20^e jour, ou le 21^e suivant d'autres auteurs. Remarquez, je vous prie, qu'en résumé, les jours critiques tombent soit au milieu, soit à la fin de chaque septénaire; or, la lecture d'un grand nombre de tracés thermiques vous permettra de constater que la *déferescence*, comme disent les *barbares modernes*, arrive habituellement le 4^e ou le 7^e jour dans la pneumonie; que les grandes modifications de la chaleur fébrile dans la fièvre typhoïde ont presque toujours lieu aux jours critiques: « remarquez, dit Jaccoud, que les grandes modifications thermométriques qui marquent le passage d'une période à l'autre, correspondent au milieu ou à la fin d'une semaine, le temps étant compté du premier jour de la maladie. Cette coïncidence singulière est une règle qui est bien rarement en défaut. » (Clinique, p. 584.)

Le milieu et la fin des septénaires, n'est-ce pas précisément les *jours critiques*? et pourquoi appeler cette coïncidence, *singulière*, et s'en étonner? L'observation a démontré, en effet, que les maladies étaient des *états définis*, caractérisés par un ensemble de symptômes et de lésions déterminés et soumis à une évolution propre. Si chaque maladie a son évolution propre, quoi d'étonnant que sa marche ait une certaine régularité, c'est le contraire qui serait *singulier*.

Notre second malade, Bocher, nous est arrivé pendant la rémission de la fin du premier septénaire, 38,9; la première moitié du second septénaire a été marquée par une aggravation. 39,6; seconde rémission à la moitié du second septénaire, 38; nouvel aggravation pendant la fin du second septénaire et la moitié du troisième, 39,2; rémission définitive à la moitié du 3^e septénaire, 17^e jour de la maladie.

La jeune fille atteinte de fièvre typhoïde bénigne est entrée pendant l'aggravation du commencement du 2^e septénaire, 39,4; rémission le 10^e et le 11^e jour; aggravation le 12^e; solution définitive en quatorze jours. La marche graduellement ascendante du mouvement fébrile, et la longueur des prodromes ne permettaient pas de méconnaître dans ces deux cas, la fièvre typhoïde : la justesse du diagnostic fut du reste confirmée par l'apparition de *taches lenticulaires*.

La durée exceptionnellement courte de 14 jours dans la fièvre typhoïde est un fait admis par tous les auteurs, mais que nous croyons avoir constaté bien plus souvent depuis que nous avons adopté le traitement homœopathique. Il est certain que cette durée très-courte, 14 et quelquefois 11 jours, ne s'observe que dans la forme *bénigne*, néanmoins elle ne constitue pas le caractère nécessaire de cette forme, c'est le peu d'intensité du mouvement fébrile plutôt que sa durée, qui caractérise la forme bénigne, car nous avons souvent observé des exemples de cette forme dans lesquels l'évolution demandait trois septénaires.

Ce sont les cas de fièvre typhoïde avortée qui, avec

la synoque, constituent le bilan des *fièvres muqueuses et bilieuses* pour le *vulgum pecus* qui encombre les bas-fonds du corps médical. Praticiens ayant oublié le peu qu'ils ont appris sur les bancs de l'école, victimes de la nécessité de préparer des examens au lieu d'apprendre leur état, ces médecins sont trop heureux de pouvoir s'accrocher à une banalité nosologique qui les dispense de porter un diagnostic précis, pour abandonner facilement les expressions vagues et anti-scientifiques de *fièvres bilieuses, fièvres muqueuses*. Aussi se répandent-elles chaque jour, ces dénominations malheureuses, et le flot de ces vulgarités et de ces ignorances nous envahit de plus en plus. Non. il n'y a pas de *fièvre muqueuse*, il n'y a que trois fièvres continues, au moins à Paris, l'*éphémère*, la *synoque* et la *fièvre typhoïde*, et pour qu'une autre fièvre continue ait le droit de cité dans une nosologie vraiment scientifique, il faut des travaux qui en démontrent l'existence. Où sont les observations, où sont les descriptions, où sont les recherches du sémiotique qui établissent la *fièvre muqueuse* comme une espèce déterminée, et fixent le diagnostic différentiel entre cette maladie, la synoque et la fièvre typhoïde? Ces travaux n'existant pas, il est donc inutile d'encombrer la nomenclature, d'une expression impropre et qui n'est bonne qu'à tromper les faibles et les petits.

Je sais que les adversaires de la pyrétologie telle qu'elle a été constituée par les médecins français dans la première moitié de ce siècle compte des hommes plus forts que les malheureux vulgarisateurs de la *fièvre muqueuse*. Ceux-là enseignent que la synoque, les cas que nous dénommons fièvre typhoïde avortée, et la fiè-

vre éphémère, doivent être rapportés à l'inflammation catarrhale de l'estomac, ce sont des *catarrhes aigus de l'estomac*. Ces Broussaisiens attardés ont essayé d'établir leur opinion sur certains symptômes gastriques qui font rarement défaut dans les fièvres continues. La rougeur et les enduits de la langue, c'est-à-dire la stomatite, l'anorexie, les nausées, les vomissements, la douleur au creux épigastrique, la couleur subictérique du sillon nazo-labial, constituraient autant de signes d'une lésion des organes digestifs, et seraient la preuve certaine d'une inflammation catarrhale de l'estomac; d'où la conclusion que la synoque et l'éphémère sont des *catarrhes gastriques*.

Voici, dans toute leur force, les arguments de nos adversaires; voyons maintenant ce qu'ils valent.

Les symptômes sur lesquels reposent la théorie du *catarrhe gastrique* sont communs à toutes les fièvres, et la fièvre typhoïde, en particulier, les présente au plus haut degré. La stomatite avec enduit des gencives et de la langue existe dans les fièvres éruptives et même dans les fièvres intermittentes; les vomissements sont fréquents au début de ces fièvres. Disons-nous que la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives et intermittentes, sont des *catarrhes aigus de l'estomac*? Mais prenez garde, nous retrouvons les mêmes symptômes de stomatite et même de souffrance gastrite et à un degré excessif, dans l'angine, dans la pneumonie, dans l'érysipèle, en un mot dans toutes les maladies fébriles. Disons-nous que toutes ces maladies sont des *catarrhes aigus de l'estomac*? Alors pourquoi avoir renversé la

doctrine de Broussais si nous retombons dans la gastrite universelle?

J'ajoute que ces états de la bouche et de la langue, *état saburral* des anciens, que J. Davasse a si bien décrit et qu'il a rapporté avec juste raison à une inflammation de la muqueuse de la langue et des gencives, sont si peu liés à une inflammation de l'estomac qu'il suffit d'une inflammation développée par une dent cariée ou par une brûlure, pour faire apparaître la gingivite et les enduits de la langue, et que la moindre inflammation des amygdales s'accompagne d'enduits de la langue considérables. C'est qu'en effet, ces *enduits de la langue*, loin de représenter un *état bilieux*, un *état saburral* ou *gastrique*, sont produits par l'inflammation de la muqueuse de la langue et par la desquamation épithéliale qui en est la suite nécessaire. Cet épithélium frappé de mort s'imbibe de tous les liquides qui passent par la bouche, et revêt les couleurs les plus variées, depuis le blanc jusqu'au brun en passant par toutes les nuances du jaune, et il faut être bien encroûté dans le galénisme pour trouver dans cette couleur jaune une preuve d'affection biliaire et prendre encore la langue pour le *miroir de l'estomac*.

Ainsi, d'une part, toutes les maladies fébriles présentent les symptômes sur lesquels on a voulu baser l'existence du *catarrhe aigu de l'estomac*; de l'autre, les enduits de la langue ne prouvent qu'une chose, c'est l'inflammation de la bouche et non pas celle de l'estomac. Le premier argument démontre la fausseté de la théorie du catarrhe aigu de l'estomac : en effet, il est ab-

surde de soutenir que des maladies si diverses soient toutes des gastrites. Le second renverse la base même de la théorie en prouvant que les prétendus symptômes gastriques ne sont que des symptômes buccaux. Revenons donc carrément à une pyrétologie qui est l'honneur de la médecine française en même temps qu'elle est un modèle de précision et de clarté.

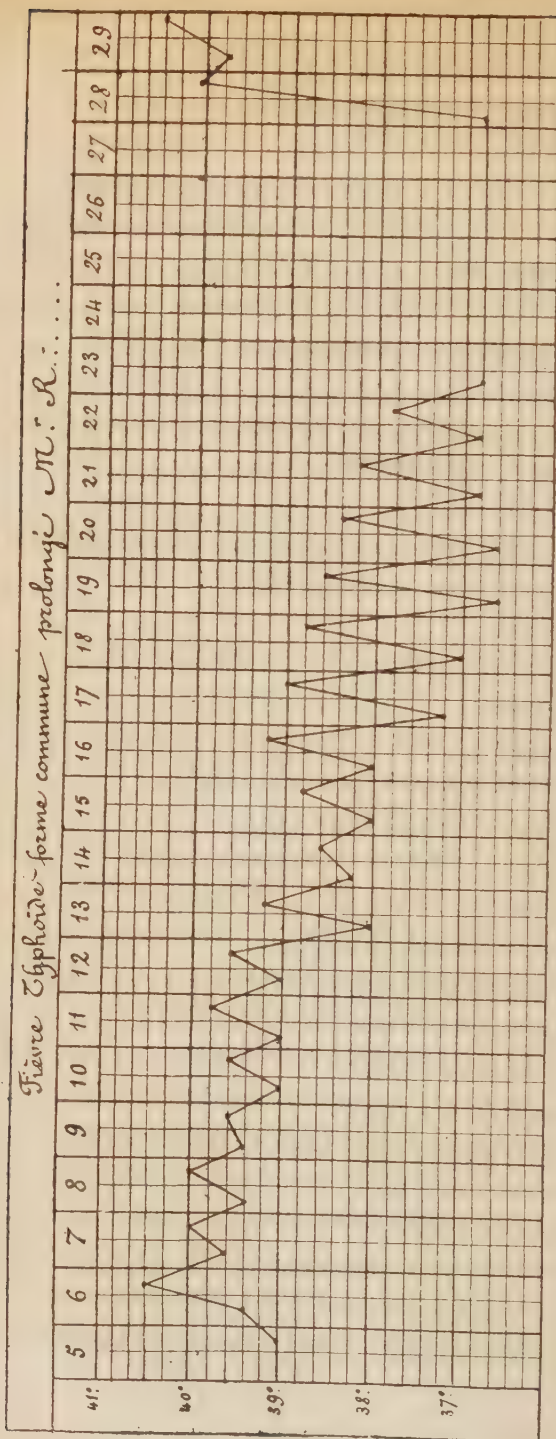
Voici maintenant l'observation de *fièvre typhoïde commune prolongée* :

OBSERVATION LXVII. — *Forme commune prolongée. Fièvre typhoïde.*

M. Rodon, âgé de 15 ans, entré le 31 janvier, couché au n° 4 de la salle des hommes, sorti le 30 mars.

Ce jeune homme est d'une très-bonne santé ordinairement, et n'a jamais quitté Paris.

Le 24 janvier il éprouva une céphalalgie très-vive, un malaise général, avec de la faiblesse dans tous les membres; néanmoins il continua à travailler jusqu'au 27, jour où il garda le lit. A ce moment-là apparurent des bourdonnements d'oreille et de la diarrhée; pas d'épistaxis. La diarrhée continue aujourd'hui; il y a anorexie complète; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre et rouge sur les bords; la pression au niveau de la fosse iliaque droite ne provoque aucune douleur; pas de taches sur l'abdomen; à l'auscultation, on entend quelques râles sibilants dans la poitrine. Le diagnostic n'était donc pas douteux et nous donnons *muriatis acidum*, 3^e dil., 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures dans la journée, et *bel-*

Tracé thermique de l'observation 67^e.

ladona, 3^e dil., de la même manière pour la nuit. Diète absolue.

31 janvier, 5^e jour de la maladie. T. S. 39°, P. 100. Même traitement.

1^{er} février, 6^e jour, T. M. 39°⁰,4, P. 104. La nuit n'a pas été très-agitée. Ce matin la prosiration des forces est très-marquée. T. S. 40°⁰,4, P. 108. *Dito*. Bouillon.

2 février, 7^e jour. T. M. 39°⁰,6, P. 100. La diarrhée persiste. Les selles sont très-liquides et d'une odeur infecte. T. S. 40°, P. 104. *Dito*.

3 février, 8^e jour. T. M. 39°⁰,2, P. 96. Il y a eu pendant la nuit un peu de délire. L'état général cependant est assez bon. T. S. 40°. P. 104. *Dito*.

4 février, 9^e jour. T. M. 39°⁰,4. P. 96. On aperçoit quelques taches lenticulaires roses sur l'abdomen. T. S. 39°⁰,6. P. 104. Même traitement..

5 février, 10^e jour. T. M. 39', P. 96. Le malade a eu quelques quintes de toux. La poitrine est remplie de râles sibilants. T. S. 39°⁰,6, P. 104. *Dito*.

6 février, 11^e jour. T. M. 39°, P. 96. La diarrhée a considérablement diminué. La langue a un aspect meilleur. T. S. 39°⁰,8, P. 104. *Dito*.

7 février, 12^e jour. T. M. 39°, P. 100; T. S. 39°⁰,6, P. 104. Même traitement.

8 février, 13^e jour. T. M. 38°, P. 92. Le malade va bien. La diarrhée a complètement cessé. L'appétit repa-
raît. T. S. 39°⁰,2, P. 100. *Dito*.

9 février. 14^e jour. T. M. 38°⁰,2, P. 84; T. S. 38°⁰,6, P. 83. Le mouvement fébrile ayant bien diminué, nous permettons des potages

10 février, 15^e jour. L'amélioration continue. On per-

met au malade de manger un œuf. T. M. 38°, P. 84 ; T. S. 38°,8, P. 92. *Dito*.

11 février, 16^e jour. T. M. 38°, P. 92 ; T. S. 39°,2, P. 100. Un œuf.

12 février, 17^e jour. T. M. 37°,2, P. 92 ; . TS. 39°, P. 100. *Dito*.

13 février, 18^e jour. T. M. 37°, P. 92 ; T. S. 38°,8, P. 100. Le mouvement fébrile étant devenu intermittent, on donne *chin. sulf.*, 3^e trit., 20 centigr.

14 février, 19^e jour. T. M. 36°,6, P. 84 ; T. S. 38°,6, P. 88. *Chin. sulf.*, 1^{re} trit., 20 centigr.

15 février, 20^e jour. T. M. 36°,6, P. 76 ; T. S. 38°,3, P. 188. La fièvre a diminué. Le malade reprend des forces. On lui donne un peu de viande. *Dito*.

16 février, 21^e jour. T. M. 36°,8, P. 80 ; T. S. 33°,2, P. 62.

17 février, 22^e jour. T. M. 36°,8, P. 72 ; T. S. 37°,8, P. 88. La température est revenue presque au chiffre normal. Etat excellent. On suspend toute médication.

20 février, 25^e jour. Le malade a un peu de diarrhée. *Phosphori acid.*, 3^e.

La malade qui depuis six jours était sans fièvre retombe le 23 février.

24 février, 29^e jour. Le malade a eu, hier soir, une fièvre très-intense. Trompant la surveillance, il avait rassasié son appétit en mangeant des gâteaux qu'on lui avait apportés. T. M. 39°,8, P. 108 ; T. S. 40°,4, P. 112. *Arsenic*, 6^e, 2 gouttes, dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures. Diète.

25 février, 30^e jour. L'état général du malade est très-mauvais. Il y a un abattement considérable, une

anorexie complète. T. M. 39°.6, P. 108 ; T. S. 40°.4, P. 112. *Dito.*

26 février, 31^e jour. T. M. 39°.4, P. 112 ; T. S. 40°.3, P. 108. Le malade ne va pas mieux. On constate tous les signes d'une rechute. Il y a de la stupeur, de la diarrhée et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. *Muriat. acid.*, 3^e, et *bellad.*, 3^e, comme précédemment.

27 février, 32^e jour. On aperçoit sur l'abdomen une nouvelle éruption de taches lenticulaires. *Dito.*

1^{er} mars, 33^e jour. Le malade va très-mal aujourd'hui, Toute la nuit il a eu du délire. *Metall.*, 3^e, et *rhus toxic.*, 3^e.

3 mars, 35^e jour. L'état général est meilleur. La diarrhée a cessé. Même traitement.

7 mars, 39^e jour. L'amélioration continue. La langue, sèche et rugueuse ces derniers jours, s'humecte. *Dito.*

9 mars, 41^e jour. Le malade entre en convalescence.

Messieurs, nous sommes heureux d'avoir eu l'occasion de vous soumettre un exemple de la *forme commune prolongée* de la fièvre typhoïde. Cette forme, encore trop fréquente, expose le malade à de grands dangers et trompe souvent les prévisions du médecin le plus expérimenté. Il faut la distinguer avec soin des cas de la *forme commune* ordinaire dans lesquels le mouvement fébrile se continue longtemps après le troisième septénaire, par le développement d'une entérite, d'une broncho-pneumonie ou d'une autre affection consécutive à la fièvre typhoïde; ce qui caractérise la *forme com-*

mune prolongée, c'est que la maladie recommence, c'est une sorte de récurrence sur place; souvent les *taches lenticulaires* ont une seconde poussée; et certainement, l'affection intestinale recommence et parcourt de nouveau toutes ses périodes.

Je ne puis laisser passer cette occasion sans insister auprès de vous sur l'importance clinique de la distinction des formes dans la fièvre typhoïde. Dans nos *Éléments de médecine pratique* nous avons établi trois formes de la fièvre typhoïde : la *forme bénigne* (latente, frustre); la *forme commune* qui comprend trois variétés : *commune proprement dite*, *commune prolongée* et *commune putride*. Vous avez vu dans cette clinique des observations des deux premières variétés. La *commune putride* est fréquente dans certaines épidémies; elle est caractérisée par une chaleur fébrile considérable, une prostration et une stupeur prématurée et plus intense que dans les autres formes; une tendance à la gangrène et aux hémorrhagies. C'est la *fièvre putride* des anciens, *adynamique* de Pinel.

Enfin la troisième forme de la fièvre typhoïde est la *forme maligne* dont les variétés peuvent être rattachées à trois types : *foudroyante* (*atarique* de plusieurs auteurs), *hémorrhagique* (pétéchiales), *lente nerveuse*, déjà décrite par Huxam.

Il y a loin de cette division à celles proposées par les organiciens ou par les humoristes modernes. Les organiciens ont divisé la fièvre typhoïde en trois formes suivant la prédominance des accidents cérébraux pulmonaires ou abdominaux : *fièvre typhoïde cérébrale*,

pulmonaire, abdominale. Or, la fièvre typhoïde, dans la plupart des cas, est à la fois, ou successivement, *cérébrale, abdominale* ou *pulmonaire*. Il n'est donc pas possible d'accepter pour principe d'une classification des formes d'une maladie, une base aussi variable que celle de la prédominance d'une des affections de la fièvre typhoïde.

Quant aux divisions hybrides empruntées, soit à l'humorisme, soit aux classifications solidistes des médecins du siècle dernier, elles sont, soit purement hypothétiques, soit tout à fait incomplètes. Prenons pour exemple l'auteur le plus autorisé parmi ceux qui représente cette classification. Chomel admettait cinq formes dans la fièvre typhoïde : *inflammatoire, bilieuse, muqueuse, nerveuse, ataxique* ou *adynamique*. Voici la critique très-juste et non suspecte que Valleix faisait déjà de cette classification dans son *Traité de pathologie* : « La première forme est la *fièvre typhoïde inflammatoire*. Elle existe surtout au début et est caractérisée par la plénitude et la fréquence du pouls. Qui ne voit d'abord qu'une forme qui ne se montre qu'au début a déjà quelque chose de singulier? La maladie pourra donc avoir toutes les formes : au début, inflammatoire ; plus tard, bilieuse ; plus tard encore, nerveuse ; enfin adynamique? Il est évident que de semblables distinctions n'ont qu'un faible intérêt. Mais il y a plus : est-ce que, même quand les malades ont les symptômes que je viens d'indiquer, ils ne sont pas notablement affaiblis? Il y a donc de l'adynamie ; est-ce qu'il n'ont pas des vertiges, de l'agitation, de la rêvasserie? Il y a donc de l'ataxie. Est-ce qu'ils n'ont pas la bouche pâteuse, des nausées, parfois des vomissements? Voilà le caractère

bilieux. Je pourrais passer ainsi en revue tous les états qui ont été signalés comme caractérisant des formes particulières, et toujours je trouverais que les symptômes de la fièvre typhoïde y sont réunis à un degré plus ou moins élevé; et que si, au premier abord, il en est quelques-uns qui semblent masqués par les autres, un examen un peu attentif les fait bientôt découvrir. » (Valleix, *Guide du médecin praticien*, t. I, p. 33.)

J'ai laissé la parole à Valleix, ami de Chomel, pour faire de sa classification des formes de la fièvre typhoïde la plus sanglante critique qu'on put en faire; il faut toujours, quand la chose est possible, *laisser les morts enterrer leurs morts*.

Rappelons maintenant, en peu de mots, que nous enseignons dans notre *Traité de pathologie générale* que, dans les maladies, les formes sont constituées par un ensemble de symptômes et de lésions formant des états absolument distincts les uns des autres depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie; que les formes ne peuvent pas plus se transformer les unes dans les autres que les espèces morbides. Exemple: la variole bénigne qui ne devient jamais maligne; la variole discrète ou cohérente qui ne devient jamais confluyente, d'où nous concluons que les classifications de la fièvre typhoïde, construites en dehors de ces conditions, sont inacceptables.

Le grand avantage clinique qui ressort d'une division naturelle des formes de la fièvre typhoïde se rattache principalement au pronostic et à la thérapeutique.

Il n'est pas difficile de comprendre qu'autre est le pro-

nostic de la forme bénigne et autre celui de la forme commune maligne ; que la forme commune prolongée ou la forme lente nerveuse présenteront une durée autrement longue que les autres formes, et que dans la maligne foudroyante la mort peut survenir en quelques jours.

Mais l'importance d'une bonne classification des formes de la fièvre typhoïde n'est pas moindre en thérapeutique. C'est, en effet, à la confusion des formes que nous devons les statistiques contradictoires et par conséquent les incertitudes sur les divers traitements de la fièvre typhoïde. On comprend que, quelle que soit la médication employée, les résultats seront toujours favorables ou défavorables suivant que la série sur laquelle on aura opéré contiendra un plus grand nombre de formes bénignes ou de formes graves. C'est cette absence de la distinction des formes qui explique les succès éphémères de la médication antiphlogistique remplacée par ceux de la médication tonique. C'est encore à cette absence de classification que vous devez attribuer, cette année même, le grand honneur fait à la médication de Brand, préconisée comme guérissant toujours la fièvre typhoïde, puis rejetée parce qu'indépendamment des difficultés de son application elle avait à son passif, un nombre d'insuccès considérable.

Les médecins homœopathes auraient tort de croire qu'ils peuvent se dispenser de rechercher et d'étudier les *formes* dans les maladies parce que leur méthode thérapeutique, basée sur l'état du malade en traitement, n'aurait pas à se préoccuper de la forme de la maladie pour trouver le médicament le mieux indiqué.

Nous sommes revenu bien des fois, notamment dans

notre 10^e leçon, sur la nécessité du diagnostic de l'espèce morbide pour l'intelligence même des indications fournies par l'ensemble des symptômes; et nous avons montré dans la pneumonie l'exemple d'une erreur regrettable dans le choix des médicaments, erreur uniquement due à l'absence du diagnostic. Il n'est donc pas nécessaire d'insister davantage sur la nécessité du diagnostic de la *forme* qui n'est en dernière analyse qu'un diagnostic plus précis du cas particulier.

Je désirerais, en terminant cette leçon déjà longue, attirer votre attention sur quelques particularités du *traitement* de la fièvre typhoïde.

Muriatis acidum (3) et *belladonna* (3) alternés l'un la nuit, l'autre le jour, constituent d'après Teste le traitement habituel de la fièvre typhoïde. La clinique a bien souvent déjà confirmé la valeur de cette indication, et toutes les fois que la fièvre typhoïde se présentera avec ses symptômes ordinaires du côté du cerveau et des intestins ce traitement sera suffisant. Mais cependant il faut bien vous garder de tomber dans la routine et dans la pratique des traitements tout faits d'avance et qui s'adapterait à tous les cas; les *selles à tous chevaux* vous feront éprouver bien des mécomptes. Il faut donc que nous recherchions avec soin dans quels cas le *phosphori acidum* par exemple devra remplacer le *muriatis acidum*, et dans quels cas l'un et l'autre devront céder la place à *arsenicum*. Il est, je crois, inutile d'ajouter que, dans les cas où les symptômes cérébraux n'existent point, la belladone doit être supprimée.

Muriatis acidum est indiqué par la diarrhée fréquente,

verdâtre, quelquefois involontaire, par des gargouillements et un développement gazeux considérable; par la stomatite avec gonflement des gencives et sécheresse extrême de la bouche; par un état adynamique profond.

Phosphori acidum, dont l'indication est méconnue dans la fièvre typhoïde par Richard Hughes, est un médicament tout aussi important que *murialis acidum*; du reste les symptômes de l'empoisonnement aigu par le phosphore constituent un tableau qui a une grande analogie avec la fièvre typhoïde, et l'action de l'acide phosphorique est très-comparable à celle du phosphore. Les selles involontaires, mais plutôt pâles que vert foncé; les urines également involontaires et la tympanite sont les principaux symptômes qui indiquent, avec l'adynamie profonde, l'emploi de *phosphori acidum*.

La pâleur des selles, la face pâle ou bien une joue rouge et l'autre pâle, la tendance aux hémorrhagies: épistaxis, saignement des gencives, hémorrhagies intestinales, pétéchie, doivent nous faire choisir *phosphori acidum* de préférence à *murialis acidum*.

Arsenicum est le grand médicament de la fièvre typhoïde grave à sa période d'état. Le mouvement fébrile qui caractérise l'arsenic est une chaleur excessive avec un pouls petit, faible et très-fréquent; dans les cas très-graves le pouls est irrégulier et finit par disparaître malgré les battements précipités du cœur; la face est pâle, altérée, décomposée, quelquefois livide. Il existe une grande faiblesse avec tremblement des membres et tendance à la lipothymie; l'amaigrissement se prononce rapidement; l'angoisse, l'anxiété bientôt remplacée par

la typhomanie; c'est-à-dire par le mélange de somnolence et de délire pendant lesquels le malade inconscient murmure des paroles inintelligibles; la bouche est sèche; les lèvres fuligineuses; la langue desséchée se remue avec peine; il y a des grincements de dents et, dans les cas graves, une sorte de dysphagie paralytique; soit inextinguible remplacée bientôt par un adypsie complète malgré la sécheresse de la bouche; la diarrhée vert-brun, très-fétide, abondante est souvent involontaire; il existe une paralysie de la vessie. L'arsenic se prescrit de la 6^e à la 3^e dilution, une cuillerée toutes les trois heures.

Muriatis acidum, phosphori acidum, belladone et arsenicum ne constituent pas toute la thérapeutique de la fièvre typhoïde et sont seulement les médicaments principaux dans la période d'état. Au début *aconitum* et *ipecacuanha* trouvent habituellement leur indication. *Bryonia*, *phosphorus ipeca* sont encore indiqués lorsque l'affection pulmonaire est prédominante. *Opium*, *hyoscyamus niger*, *stramonium* sont souvent appelés à remplacer belladone dans l'affection cérébrale. *Ipeca* à la première dilution dans les épistaxis abondantes et *phosphori acidum* (3) contre les accidents d'hémorrhagie intestinale. Mais je n'ai pas la prétention d'exposer incidemment le traitement complet de la fièvre typhoïde et je vous engage à consulter les traités de médecine pratique et la matière médicale.

Je dois cependant vous dire un mot d'un médicament que vous m'avez vu prescrire chez deux de nos malades, *chininum sulfuricum*. Le sulfate de quinine à la 3^e trituration est indiqué à la fin de la fièvre typhoïde, quand le mouvement febrile prend un type parfaitement ré-

mittent. Mais c'est seulement *à la fin* de la maladie que cette dose est convenable, et quand les *accès* ne présentent aucune gravité. Contre les accès pernicieux qui surviennent dans la période d'état et plus rarement à la période de déclin, le sulfate de quinine doit être prescrit à très-hautes doses, c'est-à-dire un gramme à un gramme cinquante. Nous avons trouvé que le sulfate de quinine, à toute dose, était inutile contre la rémission du mouvement fébrile qu'on observe quelquefois au début de la maladie.

Vous êtes peut-être étonnés de ne m'avoir point vu prescrire un médicament aujourd'hui très en vogue parmi les médecins homœopathiques, le *baptisia tinctoria*. C'est d'abord que *je me méfie des nouvelles connaissances*, c'est ensuite que les éloges qu'on a écrits de ce médicament me paraissent exagérés et reposer sur une fâcheuse confusion entre la fièvre synoque (gastrique) et la fièvre typhoïde.

La pathogénésie du *baptisia* contient cependant des symptômes qui doivent vous engager à l'essayer dans la première période de la fièvre typhoïde : « Sentiment de faiblesse, tremblements, pouls fréquent, plein et mou, chaleur interne et externe avec soif, céphalalgie avec tendance au délire, langue d'un brun-jaunâtre au centre et rouge sur les bords, constipation avec la diarrhée. » (Richard Hughes, 137.)

Mais ne croyez pas qu'avec ce médicament, pas plus qu'avec un autre, vous arriviez à *couper* une fièvre typhoïde et à réduire sa durée à la première période. Les succès de ce genre ne sont que des erreurs de diagnostic.

Quoique j'aie été déjà anathématisé pour avoir osé dire qu'on ne *jugulait pas une maladie*, je vous répète encore cet axiôme de pathologie générale. On abrège une maladie en diminuant la durée de chaque période et en détruisant certains symptômes, mais on n'empêche pas son évolution. Prenez pour exemple la variole : connaissez-vous une médication qui empêche la période de fièvre, celle d'éruption, celle de suppuration et enfin celle de desquamation ? La vaccine qui est le médicament le plus puissant que nous connaissions, a produit la varioloïde ou variole modifiée ; et on dit vulgairement que, dans la variole modifiée par le vaccin, la suppuration fait défaut, ce qui serait, contre moi, un exemple d'un agent thérapeutique jugulant une maladie, c'est-à-dire supprimant une de ses périodes, l'arrêtant court. Mais je remarque que ce langage n'est pas exact. La période de suppuration n'est pas supprimée, elle n'est qu'abrégée et modifiée. Les pustules en effet suppurent dans la varioloïde, mais cette période est très-courte et, point important, elle ne s'accompagne pas de fièvre.

L'influence d'un vaccin déjà usé sur la variole est l'exemple de l'action la plus puissante que nous connaissions en thérapeutique sur la marche de la maladie, et nous voyons que cet agent si puissant peut modifier et abrégé les périodes d'une maladie, mais ne peut pas les supprimer. Si vous avez lu ce qui a été écrit récemment sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, vous aurez pu vous convaincre une fois de plus que les médications les plus perturbatrices sont impuissantes à empêcher l'évolution d'une maladie. Les médecins les plus enthousiastes de la mé-

dication de Brand ont reconnu spontanément que, même dans les cas les plus heureux, le bain froid n'empêchait pas l'évolution et la durée de la maladie. La chaleur fébrile tombait, le délire cessait, l'appétit, les forces et le sommeil reparaissaient dès le début du traitement, même dans la période d'état, mais la maladie continuait son évolution pendant trois, quatre semaines et plus.

Le sulfate de quinine, ce héros des médicaments, ce prétendu spécifique infailible coupe les accès, mais ne juggle pas la maladie. Il est bien clair que, dans la forme bénigne et dans la forme pernicieuse, où la maladie a une durée très-courte, couper l'accès est la même chose que couper la maladie, mais encore une fois, c'est que dans ces formes l'évolution est rapide. Vous abrégez une forme naturellement courte, vous supprimez une complication qui aurait été mortelle (fièvre pernicieuse), mais les symptômes amoindris qui survivent au sulfate de quinine et nécessitent souvent sa continuation, démontrent que, même sur ce terrain favorable, on ne juggle pas une maladie.

Mais si nous parlons maintenant de la forme commune de la fièvre intermittente qu'on appelle vulgairement la fièvre d'automne, la fièvre quarte. C'est ici que vous verrez que couper l'accès n'est pas couper la maladie; il est fréquent en effet de rencontrer, dans les pays de fièvres, des cas qui, malgré le sulfate de quinine et le quinquina durent un an, dix-huit mois et plus, et trop souvent arrive à la cachexie si le malade ne change pas de climat, ou si le médecin ne change pas de médicament. Non, nous ne jugulons

pas les maladies ! et cela par une raison bien simple, c'est que ce n'est pas nous qui guérissons, c'est l'organisme vivant qui se guérit lui-même, c'est la nature, comme disent les Hippocratistes ; et que la nature guérit à sa manière, c'est-à-dire par les évolutions qui lui sont propres.

Alors que fait le médicament dans cette doctrine ? Le médicament *incline* l'organisme vers la guérison, il le met dans sa voie. La médecine, comme le disait mon ami le Dr Cretin, est l'aiguilleur du chemin de fer qui fait passer le train de la voie funeste à la voie heureuse. Vous trouverez peut-être ce rôle modeste, mais il est vrai, et il me suffit. Le Père de la médecine a exprimé la même idée dans le langage magnifique qui lui est propre : *natura medicatrix ; medicus interpretes et minister.*

Je dois vous tenir en garde contre les excès de régime auxquels les médecins sont enclins dans le traitement de la fièvre typhoïde. Quand j'étais interne des hôpitaux de Paris (de 1842 à 1848), les malades atteints de fièvre typhoïde étaient maintenus à la *diète absolue* pendant toute la durée du mouvement fébrile, c'est-à-dire qu'on ne leur accordait pas même un bouillon pendant trois quatre, cinq ou six semaines que durait la maladie. Aujourd'hui on a pour précepte qu'il faut nourrir les fébricitants, et on donnerait volontiers des côtelettes et des biftecks pendant la période d'état. Vous devez éviter ces deux exagérations : des bouillons, du lait, des potages excessivement clairs, doivent composer le régime des fièvres typhoïdes pendant toute la période du mouvement fébrile, et vous varierez la quantité et la qua-

lité de cette alimentation suivant les dispositions digestives de chaque malade, et aussi suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, vous souvenant que l'exagération de l'affection intestinale exige quelquefois une diète absolue pendant quelques jours. Certains malades digèrent mieux le lait, d'autres le bouillon, d'autres des potages gras ou maigres; laissez-vous guider par ces dispositions individuelles. Un peu de vin est nécessaire aux fébricitants, quand la maladie doit être longue; quand l'adynamie se prononce de plus en plus; 100, 150, 200, 300 grammes de vin de Bordeaux, coupé d'eau, suffisent habituellement pour soutenir les forces du malade et lui permettre de suffir à l'évolution de la fièvre typhoïde. Nous vous disions tout à l'heure que l'intensité de l'affection intestinale devait vous servir de guide pour l'alimentation, les symptômes cérébraux rempliront le même rôle pour régler l'usage du vin et des alcools. Rappelez-vous que, dans la fièvre typhoïde il existe souvent une véritable *méningo-encéphalite* et que, dans ce cas, les alcools sont contre-indiqués.

L'amour des médecins pour la métaphysique les a toujours portés à recevoir avec faveur les explications les plus fantaisistes sur la nature des maladies. Aujourd'hui ce sont les *grands empoisonnements* qui règnent en maîtres et qui suffisent à toutes les explications. La fièvre typhoïde étant un grand empoisonnement, quoi d'étonnant à ce qu'on observe du délire dans cette pyrexie comme dans toutes les maladies de même nature? et cette folie empêche d'étudier les symptômes et la lésion, et fait méconnaître la méningo-encéphalite de la fièvre typhoïde, à moins qu'elle soit poussée au point d'avoir produit une nappe de pus sur les circonvolutions, mais,

je ne puis traiter cette question qu'incidemment ; je veux néanmoins esquisser l'histoire de cette affection.

Chomel, Louis, Barth s'entendent avec les organiciens contemporains pour nier l'existence de la *méningo-encéphalite* de la fièvre typhoïde. Vainement Piedagnel leur a décrit, en les exagérant, les ramollissements et les adhérences de la couche superficielle des circonvolutions centrales et les *espèces d'ulcérations* qui se forment sur la surface du cerveau par l'ablation des membranes entraînant les portions adhérentes de la substance grise, Piedagnel n'était point un maître, il n'avait pas d'autorité ; et comme il s'agit d'un fait, les *observateurs* et les *statisticiens*, qui se gardent de l'observation comme de la peste, refusèrent d'examiner, et ils continuent d'aller répétant que le délire dans la fièvre typhoïde est un délire nerveux, sympathique, produit par l'altération du sang, c'est-à-dire que quand il s'agit d'observer des symptômes et de constater des lésions, ils divaguent sur les *causes prochaines*, absolument comme au temps de Galien.

Où Piedagnel avait échoué, J.-P. Tessier ne pouvait pas réussir. Le premier n'était pas une autorité, le second était un suspect : en sorte que ses descriptions avec preuve à l'appui, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, son enseignement à l'Ecole pratique échouèrent devant l'obstination des organiciens à ne pas vouloir étudier une lésion que leur école n'avait pas eu le mérite de découvrir.

Le mémoire que je publiais sur le même sujet, en 1856, dans l'*Art médical*, devait nécessairement rester sans écho, vu le lieu où il se produisait.

Mais, lorsque M. Quinquaud, de la Société de biologie, et M. Popoff, du laboratoire de Recklinghausen, découvrirent ces lésions en 1874, l'attention des médecins fut immédiatement attirée sur ce point. Pourquoi cela? Mon Dieu, parce que l'adage : *nul n'aura d'esprit que nous et nos amis* est éternellement vrai.

Qu'est-ce que l'école de l'*Art médical* auprès de la Société de biologie et J.-P. Tessier, auprès de M. Popoff, du laboratoire de Recklinghausen? Et pourquoi, après nous être obstinés à rester *essentialistes*, malgré la colère des organiciens, alors tout-puissants, nous obstinons-nous aujourd'hui à rester les défenseurs de la thérapeutique positive et expérimentale? Nous ne devons pas nous étonner que le moindre micrographe, le plus petit gratteur d'os ait plus d'autorité que nous s'il est de la Société de biologie ou s'il porte un nom germanique. Quoi d'étonnant, après cela, que M. Bouchut, méconnaissant les travaux d'anciens amis, ne fasse aucune mention de nous, quand, dans une de ses plus récentes leçons, il décrit la méningo-encéphalite de la fièvre typhoïde et les signes qu'elle présente à l'examen ophtalmoscopique?

Mais, c'est égal, toutes les écoles n'ont pas la chance de voir *découvrir*, en 1874 et 1876, ce qu'elles ont décrit minutieusement en 1845 et 1856. C'est là notre vengeance, et elle nous suffit.

Les symptômes qui caractérisent la méningo-encéphalite de la fièvre typhoïde sont le délire, les tressaillements des tendons et les paralysies partielles. Le délire n'est pas un simple délire nocturne et passager, dont le malade sort aisément quand on lui adresse la parole.

c'est un délire continu. Il peut être violent, avec agitation, cris, efforts pour se lever; il peut, au contraire, être tranquille et mêlé d'assoupissement, son caractère constant est la continuité; les fonctions des circonvolutions cérébrales sont troublées d'une manière absolue, et il est impossible d'arracher le malade à son délire.

Le tressaillement des tendons est constitué par de petites convulsions.

Quant aux paralysies partielles, elles appartiennent à un degré avancé de la lésion. Les principales sont des paralysies des muscles de l'œil, de la langue, du pharynx, des sphincters.

Les lésions, nous les avons décrites minutieusement dans l'*Art médical*, nous nous bornerons à les résumer ici.

« Si on soulève méthodiquement les membranes du cerveau, on trouve que la pie-mère est rouge, épaisse et plus ou moins infiltrée d'un liquide sanguinolent. Cette rougeur est constituée par des arborisations à angle droit et par de petites ecchymoses, qui, dans certains cas, sont tellement rapprochées que la membrane présente une coloration rouge uniforme. La lésion est surtout marquée sur les bords libres du double repli qui forme la pie-mère pour pénétrer entre les circonvolutions; et aussi, dans l'espace triangulaire situé au point où les deux feuillets de la pie-mère se dédoublent pour s'unir au feuillet viscéral de l'arachnoïde. »

Mais les lésions que l'on découvre sur le cerveau après l'ablation des membranes, sont bien plus importantes, et bien plus faciles à constater. Lorsque le cerveau a été lavé à grande eau on aperçoit la lésion.

« Cette lésion est constituée par de petites ecchymoses irrégulièrement arrondies, de grosseurs diverses, mais

toujours très-petites. Elles sont d'une couleur rouge vif et forment un piqueté qui résiste parfaitement au lavage. Dans certains points, ces ecchymoses sont tellement rapprochées, qu'elles forment des plaques d'un rouge uniforme. Mais cette coloration anormale ne constitue pas toute la lésion, il existe en même temps une diminution dans la consistance de la substance cérébrale. Ce ramollissement très-superficiel, mais parfaitement reconnaissable à l'aspect rugueux, inégal et comme tomateux des circonvolutions malades, est d'autant plus prononcé que le piqueté ecchymotique est plus abondant.

Quelquefois le ramollissement est tellement prononcé que, malgré toutes les précautions, les parties réduites en détritüs s'en vont avec la pie-mère, même sans qu'il y ait toujours de véritables adhérences, mais par un défaut de cohésion suffisante. »

Quand le malade succombe à une époque très-avancée de la maladie, « la pie-mère présente quelquefois un œdème véritable, et des *adhérences solides unissent la pie-mère aux points de la substance grise encore malades.* » (*Art médical*, t. IV, p. 2 et suiv.)

Les recherches microscopiques que j'ai faites depuis la publication de ce Mémoire confirment la nature inflammatoire de la lésion du délire fébrile.

En terminant, un mot de réponse à une singulière manière de raisonner de M. Louis. Cet estimable observateur nie l'existence de la lésion du délire de la fièvre typhoïde parce qu'on trouve des lésions analogues chez des malades qui ont succombé à d'autres maladies fébriles avec délire. Mais la conclusion qu'un esprit juste aurait tirée de ce double fait, c'est que la méningo-encé-

phalite est une affection commune à toutes les maladies fébriles qui s'accompagnent d'un délire continu, et c'est effectivement ce que nous avons établi dans notre Mémoire par des autopsies de pneumonie et de phthisie aiguë. Nous espérons que d'ici la fin du siècle, quelque Allemand ou quelque membre de la Société de biologie découvrira ce fait, alors l'*histoire de l'inflammation de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau dans les délires fébriles* (tel est le titre de notre Mémoire de 1856) (1) sera universellement acceptée.

(1) *Art médical*, année 1856.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

SOMMAIRE : De la pneumonie. — Observation. — Terminaison rapide de la maladie. — Absence de défervescence. — Difficulté du diagnostic ; son importance. — De l'individualisation et de la cure du nom. — *Arsenic et tartarus*. — Observation de pneumonie ; absence des signes habituels de la pneumonie ; pas de défervescence. — Jours critiques. — Nécessité d'ausculter tous les fébricitants. — De l'expectation ; erreur et mensonge de la statistique. — Les prétendus succès d'Hughes Bennet.

Dans une de nos précédentes leçons, nous vous avons déjà parlé de la pneumonie et de son traitement classique par *bryonia* et *phosphorus*. Nous voulons aujourd'hui revenir sur ce sujet, si éminemment pratique, à propos de deux cas que vous avez pu voir ces jours derniers dans la salle des hommes. Ces deux cas ont été fort graves, tous les deux ont présenté une certaine difficulté de diagnostic, enfin, dans ces deux cas, la bryone était insuffisante, et nous avons dû recourir à l'*arsenic* et à l'*émétique*. Voici la première de ces observations.

OBSERVATION LXVIII. — *Pneumonie, bryone et ipeca. Tartarus et arsenicum ; arsenicum seul, guérison le 9^e jour.*

M. Charles B..., 48 ans, entré le 31 janvier, sorti le 20 février. (Salle des hommes, n° 3.)

Les antécédents de ce malade sont assez mauvais et l'état général qu'il présente au moment de son admission à l'hôpital est très-fâcheux.

Il nous raconte que depuis dix ans il s'enrhume tous les hivers et tous les étés, et que généralement il toussait

pendant plusieurs mois et était obligé de garder le lit pendant une dizaine de jours. Quoique le malade n'ait pas maigri sensiblement et n'ait jamais eu de crachements de sang, il a l'aspect d'un phthisique.

Depuis le commencement de l'hiver, sa santé avait été très-bonne et il n'avait pas eu la moindre indisposition, lorsque, il y a quatre jours, il fut pris subitement de frissons intenses. Le lendemain se manifestèrent de la toux et une dyspnée violente qui ne l'a pas quitté depuis.

Aujourd'hui, voici dans quel état nous trouvons le malade, état qui ne semble pas être en rapport avec les signes que nous offre l'auscultation : aspect très-grave ; adynamie profonde ; face rouge et vultueuse. Le malade respire difficilement. La fièvre est intense. Le soir de l'entrée du malade, le thermomètre monte à 39°,5 ; le pouls est à 124.

La toux est fréquente, l'expectoration difficile. Les crachats ne sont pas caractéristiques. Ils sont blancs, purulents, peu aérés et légèrement visqueux. L'anorexie est complète, la langue est saburrale.

La percussion du thorax donne un peu de matité au niveau du lobe moyen du poumon droit. A l'auscultation, on perçoit, dans les deux côtés de la poitrine, mais surtout à droite, des râles ronflants et sibilants.

1^{er} février. 3^e jour. T. M. 38°,7 ; P. 96 ; T. S. 39°,2 ; P. 96. *Bryone* et *ipeca*, 12°.

2 février. 6^e jour. T. M. 38°,5 ; P. 104 ; T. S. 39°,4 ; P. 108.

Le malade a eu une nuit très agitée. La dyspnée est aussi intense que les premiers jours ; l'adynamie, plus

marquée encore. L'expectoration est un peu plus abondante, les crachats sont plus visqueux.

L'auscultation nous révèle ce matin un souffle tubaire qui s'entend au sommet et à droite, mais on continue à percevoir dans toute la hauteur de ce poumon des râles vibrants. *Tartarus*, 1^{re} trit., 20 centigr.; on prescrit en même temps deux cuillerées à soupe d'eau-de-vie à prendre pendant la journée.

3 février, 7^e jour. T. M. 39°,2; P. 108; T. S. 39°,5; P. 108.

L'état général du malade est très-mauvais aujourd'hui: la température est excessive. Il se plaint d'une oppression continuelle.

Dans le poumon droit, on constate en même temps que le souffle des bouffées de râles crépitants. *Tartarus*, 1^{re} trit., le jour, *arsenic*, 3^e trit., la nuit.

4 février, 8^e jour. T. M. 38°,7; P. 100, T. S. 38°,8; P. 96.

Le malade ne paraît pas mieux quant à son état général; cependant la température a baissé de 8 dixièmes de degré, et à l'auscultation on entend, à la place du souffle, un mélange de râles crépitants et de râles muqueux. Crachats visqueux, sanguinolents. *Arsenic*, 3^e, seul.

5 février, 9^e jour. T. M. 37°,7; P. 60; T. S. 37°,2; P. 64.

Comme le montre le tracé thermique, l'abaissement de la température fait tomber celle-ci au chiffre physiologique. L'état général du malade est beaucoup meilleur qu'hier.

Les crachats sont tout à fait caractéristiques aujourd'hui, ils sont adhérents au fond du vase et ont une

couleur jaune sucre d'orge. Dans le poulmon droit, râles sous-crépilants. *Arsenic*, 3^e.

6 février. La température reste à 37°, matin et soir. La dyspnée dont le malade se plaignait a cessé. Dans le poulmon, on entend encore quelques râles humides, mais on perçoit au sommet un peu de souffle à l'expiration. *Arsenic*, 3^e.

7 février. Le malade continue à aller bien. On lui permet de manger un potage et de boire un peu d'eau rougie. Diarrhée abondante. Même traitement.

8 février. L'appétit se réveille avec énergie. L'expectoration devient de moins en moins abondante. On continue *arsenic*, 3^e et on accorde au malade un œuf.

9 février. La respiration dans le poulmon malade est redevenue normale. Les râles muqueux ont complètement disparu. *Dito*.

11 février. Le malade continue à rendre encore quelques crachats muqueux. La toux cependant est peu fréquente. *Tartarus*, 1^{re} trit., 20 centig.

14 février. Le malade tousse et crache moins. Les digestions se font très-bien. On continue encore pendant deux jours le même médicament. et le malade nous quitte complètement guéri.

Ainsi, voilà un cas de pneumonie survenu chez un homme épuisé et malade, qui se termine le 9^e jour, et dont la convalescence est complète après huit jours; dix-sept jours ont suffi à la maladie et à la convalescence. Ces résultats rapides étaient inconnus quand les malades étaient soumis au traitement par les saignées coup sur coup, les vésicatoires, et l'émétique à haute dose.

Nous remarquerons ensuite qu'ici il n'y a pas eu, à

proprement parler, *défervescence*, puisque la température a eu besoin de 72 heures pour revenir à son état normal. En effet, le 7^e jour, la température était à 39°,2 le matin et 39°,5 le soir; le 8^e jour, elle tombait à 38°,7 le matin, c'est-à-dire seulement de 5 dixièmes de degré; le 9^e jour, la température baissait d'un degré et arrivait à 37°,7, et c'est seulement le lendemain qu'elle atteignit le degré physiologique, 37°.

Remarquons encore que le 9^e jour, qui est un jour critique par excellence, dans la pneumonie, a marqué le terme de l'évolution morbide chez le malade.

Le diagnostic a présenté une difficulté qu'on n'est plus accoutumé à rencontrer dans les maladies qui présentent des signes physiques. Ainsi l'auscultation, bien qu'elle fût pratiquée matin et soir, ne nous a donné les signes caractéristiques de l'hépatisation pulmonaire, que le 6^e jour de la maladie. Jusque-là nous n'avions entendu que des râles de bronchites, aussi avons-nous tout d'abord porté le diagnostic de *bronchite grave*. A quoi tient cette anomalie? Certainement à l'état adynamique du malade et à la faiblesse des mouvements respiratoires.

Le diagnostic, porté le 6^e jour, illumine soudainement tout le tableau pathologique; la thérapeutique cesse d'être hésitante et incertaine, éclairée par la constatation de la lésion; elle s'adresse directement, aux deux médicaments de la pneumonie grave, le *tartre stibié* et l'*arsenic*; lorsque le mouvement fébrile intense (39°,5), l'adynamie profonde, l'agitation nocturne ont montré nettement l'indication principale, l'*arsenic* est donné seul et conduit la maladie à la convalescence. Nous avons prescrit concurremment 60 grammes d'eau-de-vie en 24

heures, et nous croyons que l'usage modéré de l'alcool n'a pas été sans influence sur l'issue heureuse de la maladie.

Cet exemple vous démontre encore, Messieurs, qu'il ne faut pas se cantonner dans des traitements tout faits et qu'on applique à toutes les maladies de même espèce; non, il faut tenir un compte sévère des indications fournies par les symptômes du *cas individuel*; c'est ce que j'appelle *individualiser*, dans le sens vraiment médical du mot.

Vous devez, en effet, vous garder de deux erreurs, l'une qui consiste à baser les indications sur quelques phénomènes propres à l'individu malade, en ne tenant aucun compte du diagnostic; l'autre, de faire, comme le disent les homœopathes purs, la *cure du nom*, c'est-à-dire appliquer des traitements arrangés d'avance à toutes les maladies du même nom, sans tenir compte des indications particulières. Dans le premier cas, on s'exposera à prescrire *chamomille*, par exemple, contre la méningite tuberculeuse, le croup ou la colique, *si l'enfant éprouve le besoin de se faire porter sur les bras*, ce qui est d'un ridicule achevé. Dans l'autre cas, on se serait obstiné à traiter la pneumonie dont vous venez d'entendre l'histoire, par *bryone* et *phosphore*, et je crois que le malade aurait succombé.

Voici une seconde observation de pneumonie qui présente quelque analogie avec la précédente.

OBSERVATION LXIX. — *Sclérose spinale. — Pneumonie intercurrente. — Diagnostic difficile. — Arsenic et tartarus.*

M. Georges P..., 36 ans, entré le 3 février 1876 (Salle des hommes, n° 6.)

Ce malade, âgé de 36 ans, qui fut atteint, quelques jours après son entrée à l'hôpital, d'une pneumonie, vint nous demander nos soins pour une affection de la moelle remontant à peu près à deux ans. Notre malade est concierge et occupe un logement humide; il n'a jamais fait de maladie bien grave et de plus, il affirme n'avoir jamais fait d'excès d'aucune sorte.

La maladie a débuté d'emblée chez lui par une faiblesse des jambes, faiblesse telle qu'il lui était impossible de marcher pendant quelque temps sans trop se fatiguer. Il a bien eu quelques douleurs contuses dans les deux membres inférieurs, mais nullement les douleurs fulgurantes habituelles à l'ataxie locomotrice.

Dès le commencement de son affection se manifesta une oppression continuelle avec des crises d'étouffements plus violents qui venaient de temps en temps. Le malade a eu aussi des vertiges depuis quelque temps. Aujourd'hui nous trouvons, chez notre malade, les symptômes suivants :

L'état général est assez bon. Il y a cependant un peu d'amaigrissement des deux membres inférieurs. La marche est relativement facile, quand le malade peut ouvrir les yeux; les jambes n'ont pas les mouvements irréguliers et saccadés que l'on constate chez les ataxiques, mais dès qu'on met un bandeau sur les yeux du malade, celui-ci ne marche qu'avec de grandes difficultés et est menacé de tomber à chaque instant.

La constipation est habituelle chez notre malade; la miction est difficile et le malade ne peut vider qu'incomplètement sa vessie.

La sensibilité cutanée est conservée ; de même le sens musculaire est intact.

Du côté de la vision, il y a un peu de faiblesse depuis quelque temps.

On prescrit *phosphorus*, 12°.

Le malade prend ce médicament sans éprouver la moindre amélioration jusqu'au 10 février.

La veille, il avait fait une petite promenade dans la cour de l'hôpital. Le soir, il se plaignit d'une céphalalgie violente et d'une oppression intense. Il avait en même temps un mouvement fébrile ; le thermomètre marquait 38°,5 ; le pouls était à 100.

Le 10 février, 2^e jour. Le malade se plaint beaucoup ; cependant il était moins oppressé que la veille et ne tousse pas.

T. M. 38°,4 ; P. 120 ; T. S. 38°,5 ; P. 120. On donne *aconit.*, 6°.

11 février, 3^e jour. T. M. 38°,8 ; P. 108 ; T. S. 39°,6 ; P. 112.

Le malade va moins bien. Il ne tousse pas et rien ne fait prévoir une affection aiguë des poumons. *Dito.*

12 février, 4^e jour. T. M. 40° ; P. 120 ; T. S. 40° ; P. 112.

La fièvre est intense. Le malade a eu quelques saignements de nez hier dans la journée. Il est survenu une toux un peu fréquente. L'auscultation pratiquée seulement en arrière donne un résultat négatif. *Aconit.*, 6°.

13 février, 5^e jour. T. M. 39°,6 ; P. 112 ; T. S. 39°,8 ; P. 120.

Le malade continue à tousser, mais ne crache pas. La céphalalgie dont il se plaignait les premiers jours s'est calmée un peu.

14 février, 6^e jour. T. M. 38°,7; P. 112; T. S. 39°,6; P. 112.

A la visite du matin, le malade présente dans son crachoir quelques crachats visqueux jaunâtres adhérents au fond du vase et offrant quelques stries de sang.

L'auscultation pratiquée cette fois en avant et en arrière fait découvrir un souffle intense localisé en avant et en haut du poumon droit. Pas de râles. On prescrit *bryone*, 3^e.

15 février, 7^e jour. T. M. 39°,2; P. 116; T. S. 39°,6; P. 120.

L'état général du malade est très-mauvais ce matin. Le souffle s'étend en avant et en arrière. Il y a une adynamie complète, et on entend à distance un râle trachéal.

On prescrit *tart.*, 4^e trit., 20 centigr. pour la journée, et *arsenic*, 3^e, pour la nuit.

16 février, 8^e jour. T. M. 38°,7; P. 100; T. S. 38°; P. 100.

Une amélioration considérable s'est produite dans l'état du malade. La dyspnée est moins marquée, le facies beaucoup meilleur. Le malade a eu hier, dans la journée, une légère épistaxis. L'auscultation fait entendre aujourd'hui des bouffées de râles crépitants et de râles sous-crépitaants. Même prescription.

17 février, 9^e jour. La fièvre est complètement tombée. La température est à 37°,6, le soir. Le souffle a disparu dans le poumon. *Arsenic*, 3^e.

19 février. Le malade continue à tousser un peu. Il se plaint même d'une légère douleur dans le côté droit. Dans la poitrine on perçoit encore quelques râles muqueux. *Bryone*, 3^e.

22 février. Le malade ne tousse plus que très-rare-

ment. Le point de côté dont il se plaignait a cédé complètement. Les forces sont cependant très-lentes à revenir. *Phosphorus*, 6°.

23 février. Le malade a eu hier, dans la soirée, un peu d'oppression avec douleur assez vive à la région épigastrique. *Nux v.*, 3°.

28 février. La respiration est redevenue normale dans le poumon droit; cependant le malade tousse toujours un peu. Les digestions, assez difficiles, se font mieux aujourd'hui. *Nux v.*, 3°.

Le malade n'a plus rien présenté de bien particulier. Il y a même une légère amélioration dans la marche pendant le mois de mars.

Ici le diagnostic a été rendu très-difficile par l'absence des signes habituels de la pneumonie, ni toux, ni crachats, ni point de côté, aussi avons-nous eu le tort de ne pas ausculter le malade ou de l'ausculter trop superficiellement. Le siège de l'hépatisation en haut et en avant est assez rare pour que nous le signalions; il a contribué à prolonger notre erreur: le tracé thermique était bien celui de la pneumonie. Ascension rapide et sans oscillation à 40 degrés, mais c'était aussi celui de la synoque.

Nous remarquons que dans ce cas encore il n'y a pas eu véritable *déferescence*. Le septième jour la chaleur était à 39°,2; le huitième jour à 38°,7, et le neuvième jour à 37°.6. Il y a donc eu ici décroissance graduelle quoique rapide de la température.

Remarquons encore la terminaison à un *jour critique*, le neuvième jour, et la rapidité de la convalescence qui était complète après deux jours.

L'adynamie et l'oppression nous ont guidé pour le choix de *tartarus* et d'*arsenicum* dans le traitement de cette pneumonie.

Nous ne croyons point dire une banalité en recommandant aux médecins d'ausculter avec soin tous les fébricitants, même quand ils ne présentent ni toux, ni point de côté. Vous venez de voir deux cas qui vous montrent toute l'importance de ce précepte.

Vous savez, Messieurs, que la pneumonie est une des maladies aiguës qui a servi de base à la démonstration clinique de l'efficacité du traitement homœopathique. Cette démonstration a été établie sur des faits tellement nombreux et tellement authentiques, que l'école adverse a fait des efforts aussi violents qu'infructueux pour détruire la force de cet argument. L'objection la plus radicale et celle qui a trouvé le plus de faveur, consiste à dire que la pneumonie est une maladie bénigne, ayant une tendance naturelle à la guérison, et que les succès de la médecine homœopathique sur ce terrain ne sont que les succès de l'*expectation* : par l'*expectation* on guérirait presque toutes les pneumonies.

Nos adversaires n'ont pas réfléchi que si la guérison spontanée de la pneumonie était un fait habituel, si l'*expectation* ne perdait que huit ou dix malades sur cent, le traitement allopathique serait un véritable assassinat, puisque dans les hôpitaux de Paris la mortalité dans la pneumonie s'élève en général de trente à trente-cinq pour cent. Mais ces résultats si merveilleux de l'*expectation* dans le traitement de la pneumonie repose sur une véritable illusion, et il faut en finir une bonne fois avec ces statistiques fantaisistes et mensongères que

les adversaires du progrès en thérapeutique renouvellent chaque jour pour infirmer les succès de l'homœopathie dans le traitement de la pneumonie.

L'auteur anonyme d'un article sur l'*alcool en thérapeutique*, article publié dans le numéro du 16 octobre 1875 du *Bulletin général de thérapeutique*, reproduit une statistique inexacte et qui fausse complètement la vérité sur ces points de thérapeutique. Cette statistique est empruntée aux *Leçons cliniques de l'hôpital de la Charité* par le Dr Jaccoud (p. 70). Nous la reproduisons :

Pneumonie traitée par la saignée.

Relevé d'Édimbourg,	693 cas;	mortalité,	34,52 p. 100.
— de Dielt,	85 —	—	20,40 —
Total	783	mort. moy.	27,06 p. 100.

Pneumonie traitée par le tartre stibié seul.

Relevé de Rasori,	648 cas;	mortalité,	22,06 p. 100.
— Dielt,	106 —	—	20,70 —
Total . . .	734	—	21,98 —

Pneumonie soumise au traitement mixte.

(Résultats groupés de Laënnec, Grisolle et Skoda.)

Mortalité maxima, 16,00 p. 100.

— — 12,05 —

— moyenne, 14,25 —

Pneumonies abandonnées à elles-mêmes.

Relevé de Dielt, 189 cas; mortalité, 7,4 pour 100.

Pneumonie traitée exclusivement par la médication tonique

Relevé de Bennett, 129 cas; mortalité, 3,10 p. 100.

Nous avons déjà répondu (*Art médical*, 1862) à l'argument tiré de l'expectation dans le traitement de la pneumonie, et nous avons démontré que les pneumonies traitées par l'homœopathie, au lieu de guérir par défervescence comme celles qui sont abandonnées à l'expectation, présentaient *habituellement* une décroissance graduelle de leurs symptômes; que le point de côté diminuait avant de disparaître, et que le pouls tombait chaque jour d'un certain nombre de pulsations avant d'arriver à l'état normal; que la chaleur fébrile elle-même ne tombe pas brusquement de 40 à 37. Nous avons ajouté et nous répétons aujourd'hui, que c'est tromper à plaisir le monde médical que de s'en tenir pour juger l'expectation aux résultats obtenus par Dielt pendant la première année (1849); il eut une série heureuse dans laquelle il obtint une mortalité de 7,4 pour 100. Il faut, si l'on veut respecter la justice et la vérité, tenir compte des séries suivantes :

Or en 1852 la mortalité s'élève à 9,2 pour 100, et en 1854 en 20,7 pour 100.

Il faut tenir compte aussi des expérimentations de Bordes qui est arrivé à 22,0 pour 100 en 1855. Ceux de Schmidt 23,0 pour 100, et enfin nous trouvons dans les *Archives* de Virchow (XV, 3 B. und., 4 heft., p. 210), que Brander, de Copenhague, a eu une mortalité de 31 pour 100 par l'expectation.

Si nous réunissons toutes ces statistiques, nous arrivons au chiffre de 18,88 pour 100 exprimant les résultats obtenus par l'expectation dans le traitement de la pneumonie, ce qui est un triste chiffre.

Nous pouvons donc dire que c'est mentir effrontément que d'affirmer que le chiffre de 7,4 pour 100 ex-

prime la mortalité des pneumonies abandonnées à l'expectation, puisque nous voyons que le chiffre véritable est de 18,88 pour 100.

Nous accordons, diront nos adversaires, qu'on ait triomphé trop facilement, et surtout trop vite d'une heureuse série rencontrée par Dielt, mais le *grand clinicien* Bennett est arrivé à des résultats bien plus surprenants encore. Son traitement *exclusif* par la médication restauratrice donne une mortalité de 3,10 pour 100 sur un total de cent vingt-neuf cas. Que venez-vous maintenant nous parler des succès de l'homœopathie dans le traitement de la pneumonie. Pouvez-vous atteindre à un plus beau chiffre, 3,10 pour 100 de mortalité dans la pneumonie?

Il y a longtemps que j'ai envie de dire ma pensée sur le clinicien anglais, et, puisqu'il vient de mourir, c'est l'heure de faire son oraison funèbre avec cette franchise qui n'appartient qu'à l'histoire. Je la ferai en trois mots, seulement pour ce qui a trait à mon sujet.

Bennett ne savait pas ausculter;

Bennett arrangeait ses statistiques;

Bennett, loin de traiter ses pneumoniques *exclusivement* par la médication restauratrice, leur donnait une foule de médicaments. Pour ces trois raisons que nous allons maintenant établir solidement, ce chiffre de 3,10 pour 100 de mortalité dans la pneumonie est un odieux mensonge. Comment, du reste, des praticiens expérimentés n'ont-ils pas vu qu'il y avait là un artifice de chiffres? Qui ne sait, en effet, que dans les hôpitaux de Paris la mortalité par la pneumonie dépasse presque tous les ans le chiffre de 30 pour 100? Comment comprendre alors qu'un monsieur obtienne le

chiffre fabuleux de 3,10 pour 100, surtout si on se donne la peine de lire ses observations et de voir quel singulier traitement il fait subir à ses malades ; mais, en France, *on aime mieux croire que d'aller voir*.

Eh bien ! moi, je suis *allé voir* et je constate : 1° que M. Bennett auscultait mal, et pour preuve on peut lire les quelques rares observations de pneumonie qui sont dans sa Clinique : les expressions de râle, de souffle, de matité qui sont une signification dans nos auteurs français, sont dans la Clinique de Bennett employées sans aucune précision, et il est très-difficile de se rendre compte du degré de la lésion des malades qui sont l'objet de la clinique.

Hughes Bennett appello son traitement de la pneumonie une *médication restauratrice*. Or, cette médication restauratrice se compose habituellement de *thé de bœuf* comme alimentation ; puis de sels neutres, d'antimoniiaux, de diurétiques, d'ammoniaque, d'émétique, quelquefois de ventouses.

On voit que c'est là une expectation dont les pharmaciens ne se plaindront guère.

C'est avec cette *médication restauratrice*, que Bennett arrive à quatre morts sur cent vingt-cinq cas, et comme ces morts étaient des cas compliqués, il les supprime et arrive à cent vingt et une guérisons sur cent vingt et un cas : la mortalité est donc réduite à zéro (p. 320).

Eh bien ! faites donc plus fort que cela MM. les homœopathes. Dans la pneumonie la mortalité est réduite à zéro par la *médication restauratrice* !

Seulement, indépendamment de ces quatre morts dues à des complications, l'auteur parle encore, à la page 315, de treize cas compliqués qu'il ne compte

pas; puis, à la page 318, de *quelques cas* apportés mourants; enfin Hugues Bennett ne compte pas dans la mortalité les cas dont le traitement a été commencé ou terminé par ses confrères. Ainsi, en résumé, 13 et 4 font 17 cas compliqués, terminés par la mort sans compter quelques cas apportés mourants et ceux dont le traitement a été commencé ou terminé par ses confrères.

Je crois donc que nous sommes modéré en comptant 25 pour 100 de mortalité, au lieu de zéro à ce prétendu *grand clinicien*.

Les succès du traitement homœopathique dans la pneumonie restent donc comme une preuve de la valeur de ce traitement, et les mensonges comme les illusions de la statistique n'ont fait qu'augmenter la valeur de cet argument en démontrant sa solidité.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Du rhumatisme (suite, voir les leçons 3^e, 4^e, 5^e et 9^e). Observation de rhumatisme avec endocardite. — Insuffisance aortique. — Deux bruits dans l'artère curale. Comment distinguer le bruit diastolique du bruit systolique. — Théorie et pratique. — Science et art. — Théorie des deux bruits artériels dans l'insuffisance. — Rhumatisme mono-articulaire. — Bons effets de *china*. — Rhumatisme articulaire. — Rétrécissement mitral. — Hémoptysie. — Observation. — *Millefolium*. — De quelques accidents rares dans le rhumatisme articulaire. — *Hématurie*. — Observation. — *Hamamelis* et *Spigelia*. — Rhumatisme spinal. — Observation. — Myélite aiguë parenchymateuse des cordons gris antérieurs rhumatismale. — *Plumbum*.

Messieurs :

La clinique n'est pas, comme la nosographie, astreinte à un ordre dont il n'est pas permis de s'écarter ; et, quoique nous vous ayons déjà parlé du rhumatisme et de ses complications cardiaques, nous jugeons utile de revenir sur ce point à propos du malade couché au n^o 4 de la salle des hommes. Celui qui occupe le lit n^o 5 nous fournira l'occasion de vous parler du *rhumatisme mono-articulaire*. Enfin plusieurs autres rhumatisants nous permettront de vous tracer l'histoire de quelques accidents rares dans cette maladie, en particulier de l'*hématurie* et de la *paraplégie rhumatismale*.

OBSERVATION LXX. — *Rhumatisme articulaire aigu, endocardite, insuffisance aortique, double bruit dans la crurale. Aconitum, colchicum, chinium sulfuricum, spigelia, cactus. Le malade sort non guéri.*

M. Joseph R..., 28 ans, domestique, entré le 22 décembre, sorti le 23 janvier. (Salle des hommes, n° 4.)

A part la petite vérole dont il a été atteint il y a six ans, cet homme, doué d'une constitution vigoureuse, a joui d'une santé excellente jusqu'au mois de mai 1875.

Il nous raconte qu'il a beaucoup souffert pendant la guerre, et qu'il a été exposé pendant huit mois à toutes les intempéries de l'air.

Au mois de mai dernier, il commença à éprouver des douleurs aiguës dans les deux genoux, douleurs qui revenaient à l'occasion du mouvements et qui disparaissaient la nuit, par le repos.

Il ne ressentit aucune altération de la santé générale et put continuer ses occupations de valet de chambre jusqu'au mois de décembre.

Le 18 décembre, il eut des frissons, en même temps les douleurs un peu vagues, éprouvées par le malade, depuis sept mois, se manifestèrent avec une intensité telle que le malade fut obligé de prendre le lit.

La jambe et le pied gauche furent seuls pris ce jour-là; le lendemain les articulations du membre inférieur droit devinrent à leur tour le siège d'un gonflement douloureux. Aucun accident ne se manifesta au début du côté du cœur.

Le malade entra le 22 décembre dans nos salles, et voici les symptômes qu'il présentait :

L'état fébrile du commencement de la maladie est tombé; le matin la température est normale, le soir le thermomètre atteint $38^{\circ},3$; les membres supérieurs n'ont pas été touchés, et aujourd'hui les articulations du membre inférieur gauche seules sont encore un peu tuméfiées et douloureuses.

Le malade a un peu d'oppression, et les caractères que présente le pouls attirent notre attention du côté de l'organe central de la circulation.

Le pouls est fort, vibrant et rétrocedant.

A l'auscultation du cœur, nous trouvons à la base et au deuxième temps un bruit de souffle qui se prolonge dans les vaisseaux du cou et qu'on peut percevoir jusque dans l'artère fémorale. Là on perçoit nettement deux bruits, le premier correspond à la diastole artérielle et à la systole du cœur, c'est le plus fort; le second qui ne se perçoit qu'en appuyant fortement le stéthoscope, correspond à la systole artérielle et à la diastole du cœur; il est plus faible que le premier. On prescrit *aconit.*, 3°.

25 décembre. Le malade souffre beaucoup moins du genou et des articulations du pied gauche. Le matin, apyrexie complète; le soir, la température est à $38^{\circ},4$; le pouls est à 88. Même prescription.

28 décembre. Le malade continue à aller bien du côté des jointures, mais il éprouve pendant la journée et surtout pendant la nuit des palpitations. *Colchicum*, 3°.

31 décembre. Le souffle a un peu diminué d'intensité. Il y a toujours un léger mouvement fébrile le soir. L'appétit reparaît. *Dito*.

3 janvier. Le malade ne souffre plus du tout de ses

articulations. Celles-ci ont repris leur volume normal. *Aconit.*, 3°.

8 janvier. La température, le soir, reste toujours à 38°. Les palpitations reviennent moins fréquemment, et le malade est plus calme la nuit. *Aconit.*, 3°.

11 janvier. La fièvre est complètement tombée, mais le malade se plaint de douleurs assez vives dans les articulations du membre inférieur gauche. *Chin. sulf.*, 3° trit., 20 centigr.

13 janvier. Les douleurs dans les jointures ont diminué, mais les palpitations sont revenues plus intenses que jamais. On continue néanmoins *chin. sulf.*, 3° trit., 20 centigr.

15 janvier. Le malade a passé une assez bonne journée hier. Aujourd'hui, à l'auscultation, on trouve que le souffle de la base est revenu manifestement plus doux. *Dito.*

19 janvier. Les douleurs ont un peu repris depuis hier. *Chin. sulf.*, 1° trit., 20 centigr.

20 janvier. Le malade se plaint vivement de son cœur. Il a eu beaucoup de palpitations la nuit dernière, et on constate depuis deux jours des intermittences dans les battements. *Spigelia*, 3°.

22 janvier. Aucune amélioration dans le rythme des battements du cœur. *Spigelia*, t. m., 3 gouttes.

24 janvier. Le malade a eu, hier, une légère aggravation. On donne *spigelia*, 30°.

26 janvier. Le malade est plus calme et les intermittences sont un peu moins fréquentes. *Cactus*, 12°.

Ce malade nous quitte pour essayer d'un autre traitement ; quelques mois après, il retourne dans son pays et arrive à la cachexie cardiaque ; il demande à rentrer

chez nous, mais son état ne lui a pas permis de faire le voyage.

En résumé, voici un rhumatisme qui a eu, dès le début, des allures chroniques. Des douleurs articulaires vagues et apyrétiques ont précédé de sept mois le début de la maladie; puis survient une attaque de moyenne intensité qui ne résiste pas au traitement, mais qui reparait trois ou quatre fois dans l'espace d'un mois, avec une intensité décroissante. L'endocardite qui a débuté avant l'entrée du malade à l'hôpital ne s'est pas accompagnée de réaction fébrile violente; elle s'est aggravée chaque fois que l'affection articulaire a reparu; elle a fini par lui survivre et est devenue définitive malgré le traitement homœopathique et même allopathique; et la maladie est assez vite arrivée à la cachexie cardiaque.

L'intensité de la lésion cardiaque et l'absence ou au moins le faible degré de la réaction fébrile nous inclineraient à croire que cette affection cardiaque était de date ancienne; cependant, le médecin qui a soigné le malade en ville nous a affirmé qu'au début le cœur était complètement indemne.

Ce cas est peu intéressant au point de vue de la thérapeutique, le malade ayant manqué de constance et abandonné la médication homœopathique avant qu'elle ait pu employer ses principaux moyens. Nous avons donné *colchicum*, suivant les indications de Petroz, contre l'endocardite rhumatismale. Ce médicament a été insuffisant; il en a été de même d'*aconit* et du *spigelia*, et le malade a voulu s'en aller au moment où nous commençons le *cactus*.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans le diagnostic de l'insuffisance aortique et dans la valeur séméiotique des signes qui accompagnent cette lésion. Nous insisterons un moment sur ce point.

Un bruit de souffle diastolique ayant son summum d'intensité à la base du cœur, se prolongeant dans les artères périphériques où l'on perçoit un double bruit ; un pouls rebondissant et rétrocedant : tels sont les signes incontestables d'une insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Ainsi l'enseigne la séméiotique, et rien, *en théorie*, n'est plus facile que le diagnostic de l'insuffisance aortique. Mais si vous ne savez pas distinguer nettement un souffle diastolique d'un souffle systolique ; si vous ne savez pas rechercher et percevoir le double souffle des troncs artériels éloignés, de la crurale par exemple ; si vous n'êtes pas saisi par l'évidence du pouls de Corrigan (pouls rebondissant et rétrocedant), vous commettrez des erreurs dans la *pratique*. C'est ici le moment de vous rappeler que la médecine est à la fois : une *science* et un *art* (voyez ma *Pathologie générale*) ; une science quand elle traite des principes sur lesquels elle repose et quand elle décrit les phénomènes morbides ; un art, quand elle applique ces connaissances au malade. Ici les connaissances les plus étendues et les plus positives ne suffisent plus, l'application des sens est nécessaire, et de la délicatesse de ces sens et de leur éducation dépend la grandeur de l'artiste. Eh bien ! l'œuvre principale de la clinique est précisément de faire l'éducation des sens, de vous enseigner à percevoir nettement toutes les délicatesses des symptômes.

Dans le cas présent, vous arriverez à reconnaître

que le bruit du souffle coïncide avec la diastole cardiaque en habituant votre oreille à bien reconnaître les bruits du cœur et leur silence; la systole produit un bruit sourd suivi d'un silence très-court après lequel survient la diastole accompagnée d'un bruit clair et bref, d'un claquement et suivi d'un silence beaucoup plus long que celui qui a suivi le bruit systolique. Ainsi un bruit sourd, un silence très-court, un bruit sec et un silence relativement long composent une révolution cardiaque.

Si votre oreille est habituée à saisir toutes ces nuances, il vous sera facile de noter que chez notre malade le bruit de souffle suit le petit silence et précède le grand; que, par conséquent, il occupe la place du bruit diastolique sec, que ce bruit sec n'existe plus; d'où vous pouvez conclure hardiment que le bruit pathologique est bien diastolique ou au second temps, et, comme il siège à la base du cœur, qu'il est le signe certain d'une insuffisance aortique.

Il est une autre méthode plus généralement conseillée pour savoir si un bruit de souffle est systolique ou diastolique, c'est de tâter le pouls en même temps qu'on ausculte le malade. Théoriquement cette méthode est excellente puisque la systole cardiaque correspond sensiblement avec la diastole artérielle et la diastole cardiaque avec la systole artérielle; donc un bruit de souffle qui se fera entendre en même temps que le pouls viendra frapper le doigt, sera un bruit systolique; au contraire, le bruit diastolique se produira pendant l'absence de la pulsation. Mais si les battements du cœur sont fréquents, l'application de ce procédé devient dif-

ficile, et il suppose une délicatesse de toucher et d'ouïe que tous les médecins ne possèdent pas.

Je vous signale donc deux moyens pour reconnaître si un bruit de souffle est diastolique ou systolique : vous pourrez les employer concurremment ; mais quand il existe un bruit diastolique aortique, qu'il y a insuffisance des valvules sigmoïdes, vous confirmerez le diagnostic par la constatation d'un double battement dans les artères périphériques.

L'artère crurale par son volume, par sa position superficielle à la racine de la cuisse, par la facilité de son exploration à l'aide du stéthoscope, car cet instrument est ici indispensable, est l'artère où vous devez rechercher le double bruit de souffle confirmatif d'une insuffisance aortique. En appliquant modérément le stéthoscope sur l'artère crurale, vous entendez très-facilement un bruit sourd qui correspond à la diastole artérielle, et par conséquent à la systole du cœur ; si sans déranger le stéthoscope vous appuyez fortement l'instrument sur le vaisseau, vous entendez un second bruit plus faible et plus clair correspondant à la systole artérielle et à la diastole du cœur. Le premier de ces bruits, celui qui correspond à la diastole artérielle, est dû au volume et à la force de la colonne sanguine et à la compression du vaisseau par le stéthoscope ; mais le second bruit, celui qui correspond à la systole artérielle, est dû au retrait de la colonne sanguine, résultat de l'insuffisance aortique ; retrait qui se fait sentir dans tout l'arbre artériel ; retrait qui donne au pouls son caractère rétrocedant et au tracé sphygmographique son dicrotisme descendant. Ce signe, bien constaté, est donc un signe irrécusable d'insuffisance aortique.

Comme ce second bruit coïncide avec le bruit du souffle diastolique cardiaque, on a voulu l'expliquer par un écho de ce bruit ; mais l'explication par le retrait de la colonne sanguine, ce retrait étant d'ailleurs incontestable et incontesté, est la seule explication admissible.

J'espère qu'avec ces deux signes vous arriverez à distinguer sûrement une insuffisance d'un rétrécissement de l'aorte, puisque dans cette dernière lésion le bruit du souffle est systolique ; qu'il n'existe pas de bruits anormaux dans les artères périphériques et que le pouls est petit et souvent inégal. D'ailleurs le sphygmographe trancherait la difficulté. Vous vous rappelez le tracé de l'insuffisance aortique, il est assez caractéristique pour qu'il ne soit pas possible de le confondre avec un autre. (Voyez p. 23.)

Voici maintenant l'observation d'un rhumatisme mono-articulaire rapidement modifié et guéri par *china*.

OBSERVATION LXXI. — *Rhumatisme monoarticulaire aigu. — China. — Guérison.*

M. Joseph N..., 26 ans, entré le 26 décembre, sorti le 16 janvier. (Salle des hommes, n° 5.)

Ce malade entre à l'hôpital pour une affection aiguë de l'articulation du genou droit.

Voici ce que nous constatons :

Le membre inférieur droit est dans la demi-flexion et ne peut être ramené que difficilement dans l'exten-

sion. Le genou est volumineux; la peau est un peu rouge et légèrement tendue.

La pression, au niveau de l'articulation, n'est douloureuse qu'au niveau du ligament postérieur. Avec les deux mains appliquées en avant, on peut manifestement sentir de la fluctuation. Quant à l'étiologie de cette arthrite mono-articulaire, elle est assez obscure.

Le malade n'a jamais eu de rhumatisme, et nous dit que ce n'est que depuis quatre jours qu'il souffre dans le genou droit. Il n'a pas fait de chute dans ces derniers temps, et, de plus, il affirme n'avoir jamais eu la blennorrhagie.

L'état général, du reste, est bon. Il n'y a pas de fièvre, mais le malade se plaint de douleurs vives dans l'articulation.

On prescrit le repos et on donne *apis mellifica*, 3^e trit., 20 centigr.

28 décembre. Le gonflement du genou n'a pas diminué. Les douleurs sont même un peu plus vives qu'au début. *China*, 3^e trit., 20 centigr.

2 janvier. Il y a une amélioration bien sensible dans l'état du genou. Celui-ci est moins volumineux; le liquide intra-articulaire a diminué beaucoup. *China*, 3^e trit., 20 centigr.

6 janvier. Le malade continue à aller bien. Les mouvements communiqués à l'articulation sont à peine douloureux. *China*, 2^e trit., 20 centigr.

12 janvier. L'articulation malade a repris le volume du genou gauche; mais aujourd'hui le patient éprouve, dans cette dernière articulation, des douleurs analogues à celles qu'il avait ressenties dans le genou droit *Sulfur*, 6^e.

15 janvier. Les douleurs du genou gauche ne sont plus revenues. Le malade ne se plaint plus que d'une certaine roideur dans le genou primitivement malade. *China*, 3^e trit., 20 centigr.

Le malade sort complètement guéri.

L'action de china a été très-remarquable ; l'amélioration a commencé dès les premiers jours de son administration ; elle ne s'est jamais arrêtée, et le genou était revenu à son volume normal après quinze jours de son administration. Vous savez, du reste, mes prédilections pour le china et le chininum sulfuricum dans les arthrites goutteuses et rhumatismales. Ce sont des succès semblables qui l'ont fait naître et qui le fortifient, et nous insistons d'autant plus sur l'action du china dans le traitement des arthrites rhumatismales, que l'excellent manuel de Richard Hughes est à peu près muet sur cette indication.

OBSERVATION LXXII. — *Rhumatisme articulaire aigu ; rétrécissement mitral ; hémoptysie. — Millefolium.*¹

M. Eugène G..., entré le 12 décembre, sorti le 17 décembre. (Salle des hommes, n° 2.)

Ce malade, âgé de 28 ans, exerce un métier très-pénible, celui de mécanicien. Il y a deux mois, après avoir été obligé de se livrer à un travail plus fatigant que d'ordinaire, il fut pris de quelques crachements de sang. Il continua néanmoins son travail comme d'habitude, et ce n'est que depuis deux jours qu'il l'a suspendu complètement.

Ce malade n'a pas précisément joui d'une santé parfaite jusqu'alors. A l'âge de 18 ans, il eut une première

attaque de rhumatisme articulaire généralisé d'une durée de trois mois.

Quatre ans plus tard, il fut repris une seconde fois de rhumatisme, qui eut une durée beaucoup plus longue. Le malade nous raconte, en effet, qu'il garda le lit pendant huit mois et que sa convalescence traîna trois mois.

La santé se rétablit assez bien. Les accidents du côté du cœur n'apparurent que trois ou quatre ans après, et encore furent-ils assez bénins au début.

Des battements de cœur de temps en temps, de l'essoufflement pendant la marche, un léger œdème limité autour des malléoles, le soir ; tels furent les symptômes que le malade remarqua dans ces dernières années. Mais, depuis deux mois, la maladie a pris une marche beaucoup plus aiguë.

Au moment où le malade entre dans nos salles, il rend encore par la bouche une quantité assez abondante de sang. Celui-ci est rouge, rutilant, aéré et mêlé avec très-peu de mucosité.

On prescrit *millefol.*, 3^e trit., 20 centigr., et en même temps on soumet le malade au régime lacté.

14 décembre. Le malade a encore craché un peu de sang hier. Aujourd'hui il se sent beaucoup mieux.

On pratique l'examen des organes thoraciques du malade ; dans les deux poumons, le résultat est négatif.

A l'auscultation du cœur, on trouve à la pointe, et précédant le premier temps, un bruit de souffle assez doux (bruit présystolique). A la base, les bruits du cœur ont leur timbre normal.

Le pouls ne présente pas de caractère net ; il est lent, fort, et présente même une certaine résistance au doigt. On continue le même traitement.

Le 16. Le malade reprend ses forces. Plus de toux, ni de crachats sanguinolents. La respiration s'exécute librement, et il n'y a que rarement des battements de cœur.

Le malade demande à s'en aller pour reprendre son travail.

Nous l'avons revu, un mois plus tard, après une légère rechute. Les crachements de sang furent arrêtés au bout de deux jours sous l'influence du médicament qu'il avait pris précédemment

Deux attaques successives de rhumatisme, une affection du cœur développée plusieurs années après la dernière atteinte articulaire ; un rétrécissement mitral avec un bruit de souffle présystolique à la pointe ; une congestion, puis une hémorrhagie pulmonaire, conséquence presque fatale de la gêne du sang dans l'oreillette gauche, tels sont les phénomènes morbides bien simples qui caractérisent cette observation. *Millefolium* a été efficace contre l'hémoptysie cardiaque, comme nous l'avons si souvent vu être efficace contre l'hémoptysie liée à la phthisie.

Voici maintenant un cas moins simple et dont les phénomènes morbides sont plus difficiles à interpréter.

OBSERVATION LXXIII. — *Rhumatisme articulaire aigu ; endocardite rhumatismale ; hématurie ; spigelia, hamamelis.*

Mademoiselle Maria B..., 26 ans, cuisinière, entrée le 12 décembre, sortie le 6 février. (Salle III, n° 3.)

Après avoir joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 21 ans (1871), cette malade eut à cette époque une première attaque de rhumatisme articulaire généralisé qui fut assez longue, car elle fut obligée de garder le lit pendant six semaines. Cette affection ne laissa aucune trace immédiatement perceptible, car la malade se rétablit très-bien et put reprendre ses occupations habituelles. Rien, pendant trois ans, ne se montra, soit du côté des articulations, soit du côté de l'organe central de la circulation.

En 1873, cette jeune fille commença à éprouver des palpitations et de l'essoufflement au moment de la marche, et surtout quand elle était obligée de faire des mouvements violents. Il se manifestait même parfois un peu d'œdème aux malléoles à la fin de la journée.

Elle continua néanmoins à travailler jusqu'à la fin du mois de novembre dernier, époque où elle fut prise de douleurs dans les jointures et principalement dans celles des membres inférieurs, qui devinrent en même temps le siège d'une légère tuméfaction.

Lorsque la malade entra dans le service, il restait peu de signes de cette récente attaque.

La fièvre est complètement tombée; néanmoins, le pouls est assez fréquent et présente comme caractère d'être fort et vibrant.

Les jointures sont peu ou point douloureuses; mais ce dont la malade se plaint le plus, c'est la violence excessive des palpitations, qui persistent pendant des heures, la forcent de s'asseoir dans son lit et sont suivies d'une agitation violente qui persiste longtemps après les palpitations; ces palpitations reviennent plusieurs fois le jour.

Voici ce que nous démontre, du reste, l'auscultation du cœur :

On perçoit un bruit de souffle doux au premier temps et à la pointe et un bruit de souffle de même nature au second temps et à la base. On donne *aconit.*, 3°.

14 décembre. La malade est légèrement améliorée. Comme elle n'a pas eu ses règles depuis deux mois, on prescrit *pulsatilla*, 3°.

Le 18. La malade a été reprise de douleurs dans les deux genoux ; elle est moins agitée que les jours précédents. *Bryone*, 3°.

Le 24. Les douleurs ont disparu, mais, depuis deux jours, la malade accuse des palpitations fréquentes. *Cactus*, 3°.

Le 27. Il n'y a aucune amélioration : les palpitations s'accompagnent d'anxiété précordiale. *Spigelia*, 6°.

Le 30. Il y a un peu de mieux aujourd'hui. *Aconit.*, 3°.

4 janvier. On revient à *spigelia*, 3°. Les règles sont venues.

Le 7. La malade continuant à être agitée et à se plaindre d'une douleur très-vive à la pointe du cœur, on prescrit *spigelia*, T. M., 3 gouttes.

Le 11. La malade rend depuis hier du sang avec les urines. *Hamamelis*, 3°.

Le 13. La malade continue à rendre du sang, mais en moindre quantité. Ce qu'il a de particulier à noter, c'est qu'on n'en trouve que dans les urines du soir. Les urines de la nuit et celles du matin sont parfaitement limpides. *Hamamelis*, 1^{re}.

Le 15. Plus de sang dans les urines. La malade a encore beaucoup souffert de son cœur. *Aconit.*, 1^{re}.

Le 17. Pas d'amélioration. *Spigelia*, T. M., 3 gouttes.

Le 21. La malade est plus calme ; les palpitations ne reviennent que très-rarement. *Dito*.

Le 22. Le sang a reparu dans les urines de la malade. *Hamamelis*, 1^{re}.

Le 24. L'hématurie a cessé. On revient à *spigelia*, T. M., 3 gouttes.

Le 29. Sous l'influence de ce dernier médicament, la malade continue à aller mieux. *Dito*.

2 février. La malade, qui a eu ses règles au commencement du mois de janvier, ne les a pas encore eues ce mois-ci. *Pulsat.*, 3^e.

Le 4. La malade a eu ses règles hier. Elle se trouve assez bien aujourd'hui.

Le 6. La malade, continuant à aller de mieux en mieux, demande à s'en aller pour reprendre son travail. On lui a donné *spigelia*, T. M., 4 gouttes pendant quelque temps.

Nous remarquerons d'abord, que dans cette observation, comme dans la précédente, c'est plusieurs années après la première attaque du rhumatisme, que la malade commence à se plaindre des souffrances cardiaques. Quatre années dans l'observation 72 ; trois années dans l'observation 73, séparèrent l'attaque du rhumatisme de l'apparition de l'endocardite. Nous remarquons encore que dans ces deux cas, l'endocardite eut une marche excessivement chronique, et qu'elle fut apyrétique dès le début. Les palpitations, la dyspnée, la douleur précordiale et l'œdème aux malléoles furent les seuls signes de l'affection du cœur. Ces faits sont loin d'être rares, vous les rencontrerez souvent dans la clientèle et j'ai tenu à vous les signaler afin que

vous ne soyez pas surpris par cette forme *latente et tardive* de l'endocardite rhumatismale. Ainsi, quand un malade a subi l'évolution complète d'une attaque de rhumatisme articulaire aiguë, sans que son cœur ait été touché, vous ne devez pas être complètement rassuré et vous ne devez pas oublier que l'affection cardiaque peut se développer plusieurs années après; même en l'absence d'une nouvelle attaque articulaire.

Notre malade a présenté un symptôme bien rare dans le rhumatisme articulaire aigu. c'est une *hématurie*.

On peut se demander si l'*hémorrhagie rénale* était liée chez cette malade à une localisation rhumatismale sur les reins; au trouble de la circulation due à l'affection du cœur ou à la chlorose dont cette fille présentait des signes incontestables. Ainsi les palpitations qu'éprouvait la malade étaient hors de proportion avec les lésions valvulaires; elles avaient, au contraire, tous les caractères des palpitations chlorotiques; le retard et la suspension des règles ne permettaient pas de mettre en doute l'existence d'une chlorose venant compliquer, dans ce cas particulier, le rhumatisme articulaire et ses affections classiques.

Nous pensons que l'hématurie était, chez cette malade, liée à la lésion du sang, à l'*aglobulie*, qui caractérise à la fois et la chlorose et le rhumatisme articulaire, et qu'elle a été déterminée par le retard et la faiblesse des règles; qu'en un mot elle peut rentrer dans le cas d'*hémorrhagie supplémentaire; hémorrhagie récurrente* comme disent les Allemands.

Quoi qu'il en soit, ce fait reste, comme tous les faits exceptionnels, avec une signification pathologique douteuse.

Nous devons vous faire remarquer l'action rapide d'*hamamelis*. Ce médicament, que vous avez vu déjà si efficace dans les hémorrhagies hémorrhoïdaires, (voir à la p. 223), a arrêté et guéri l'hématurie de cette malade, la première fois en quatre jours et la seconde fois en deux jours ; la première dilution a eu une action plus rapide dans ce cas particulier que la troisième.

Spigelia est le médicament qui a procuré à notre malade l'amélioration la plus complète et la plus durable pour ses affreuses palpitations. Ce médicament était du reste indiqué par la douleur vive à la pointe du cœur et par l'extrême anxiété de la malade. Nous avons eu évidemment de l'avantage à aborder ici la teinture mère. Remarquez encore et retez qu'*aconit* qui semblait indiqué par la nature rhumatismale de l'affection a échoué complètement.

Voici maintenant un cas aussi intéressant par sa rareté, que par la netteté des phénomènes morbides :

OBSÉRVATION LXXIV. — *Rhumatisme articulaire: téphromyéélite antérieure aiguë parenchymateuse*, (Dr Charcot) ; (*myélite aiguë fusciculée des cornes antérieures*).

Mademoiselle N..., 26 ans, entrée le 19 février, sortie le 19 mars. (Salle III, n° 1.)

Cette malade a joui d'une assez bonne santé jusqu'en 1873. Elle a eu cependant quelques accidents scrofuleux dans son enfance.

Prise, vers le mois de décembre 1873, d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, elle garda le lit pen-

dant deux mois. Sa santé se rétablit assez bien après cette première attaque, et elle put reprendre son travail.

Au commencement du mois de janvier 1875, elle fut reprise d'une seconde attaque de rhumatisme avec fièvre et douleurs violentes dans presque toutes les articulations. On lui appliqua, en ville, le traitement ordinaire du rhumatisme articulaire.

Voici dans quel état nous trouvons la malade aujourd'hui : plusieurs jointures sont encore un peu douloureuses, mais on n'observe à leur niveau ni rougeur ni tuméfaction. Il existe une paralysie complète atteignant déjà les muscles du cou et ceux de la déglutition. La malade, immobilisée dans le décubitus dorsal, est incapable d'imprimer à ses membres le moindre mouvement. Quand on l'asseoit dans son lit, sa tête tombe sur sa poitrine et elle est incapable de la redresser ; la déglutition est excessivement difficile et la malade doit être alimentée avec beaucoup de précaution. La sensibilité est conservée, les mouvements communiqués sont même douloureux. La sensibilité au froid et au chaud est également intacte. La contractilité électrique est presque abolie, et bien que la faradisation soit très-douloureuse, il faut employer des courants très-forts pour obtenir quelques contractions des muscles des avant-bras et des jambes.

Cette paralysie universelle a, paraît-il, succédé insensiblement à l'immobilité causée par le rhumatisme articulaire.

La respiration est très-gênée, mais cette gêne est due à une affection cardiaque. Il existe en effet un bruit de

souffle au premier temps et à la pointe, signe d'une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale.

Il n'y a point de fièvre et la malade a de l'appétit. Constipation opiniâtre. Point de signes de paralysie de la vessie.

Plumbum, 30^e, 4 globules dans 200 grammes d'eau, trois cuillerées par jour. Alimenter la malade à l'aide de potages.

24 février. Amélioration incontestable. La malade avale mieux, elle soutient sa tête, elle soulève un peu le bras droit. Même traitement.

Le 27. L'amélioration continue. Les mouvements spontanés sont revenus dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs, mais ils sont encore assez limités. *Plumbum*, 30^e

Le 28. L'étendue des mouvements augmente, et la malade peut avaler sans difficulté des aliments solides. *Plumbum*, 30^e.

10 mars. Les mouvements sont entièrement revenus sous l'influence de *plumbum*; la malade se plaint des yeux, qui sont rouges et enflammés *apis mellifica*, triomphe de cette ophthalmie rhumatismale, et la malade sort quelques jours après complètement guérie de sa paraplégie, mais gardant son insuffisance mitrale.

Le *rhumatisme spinal* est une affection rare et encore mal déterminée. Une préoccupation anatomique porte le médecin à localiser cette affection dans les méninges où la séreuse arachnoïdienne offre une analogie de structure avec la synoviale et l'endocarde qui semble devoir favoriser la localisation du rhumatisme

sur cette membrane. Notre observation est en contradiction avec ces idées premières, puisque l'ensemble des symptômes ne permet pas de méconnaître ici un cas classique de *myélite de la substance grise antérieure, téphro-myélite antérieure aiguë parenchymateuse* de Charcot.

La paralysie s'est établie très-rapidement, en affectant la forme *paraplégique*; et elle a atteint, en quelques jours, son maximum d'étendue et d'intensité; elle a frappé les muscles de la déglutition, signe certain que la lésion dépassant les limites de la moelle avait atteint le bulbe. Les muscles frappés d'inertie avaient perdu presque complètement les mouvements réflexes et la contractilité électrique. Cependant, la sensibilité était intacte, la malade se plaignait amèrement des investigations électriques auxquelles nous avons cru devoir nous livrer; enfin il n'y avait ni paralysie de la vessie, ni paralysie du rectum.

Chez notre malade, les faisceaux gris postérieurs étaient intacts puisque la sensibilité était parfaitement conservée; les faisceaux latéraux avaient été épargnés aussi puisqu'il n'existait ni contracture, ni convulsion et que l'impulsion volontaire arrivait jusqu'à la vessie et au rectum qui accomplissaient régulièrement leur fonction. Il n'y avait donc de lésée que la substance grise antérieure ou centrale, puisque l'affection était constituée par la perte presque absolue de la contractilité volontaire et électrique, et cette substance était atteinte dans toute son étendue puisque tous les muscles, excepté ceux de la respiration, étaient paralysés. Nul

doute que si l'affection eût persisté, l'*atrophie musculaire* se fût prononcée rapidement puisque les cellules grises des cordons antérieurs exercent sur la nutrition des muscles une action incontestable.

Je dois, Messieurs, insister, en terminant cette leçon, sur l'action héroïque de *plumbum* contre cette espèce de paraplégie. Le cinquième jour de l'administration du médicament, nous constatons déjà une amélioration notable : la malade avale mieux, elle soutient sa tête, elle soulève un peu le bras droit. Trois jours après, le mouvement encore faible et limité est revenu dans les quatre membres ; le lendemain, la malade commence à avaler des aliments solides ; et deux jours après, c'est-à-dire en moins de vingt jours, la paralysie avait complètement disparu.

Notez aussi que le médicament a été administré en globules et à la 30^e dilution.

Plumbum est, du reste, parfaitement homœopathique aux paralysies musculaires avec perte de la contractilité électrique et atrophie consécutive. Ce fait est mis hors de doute par l'histoire si complète aujourd'hui des paralysies saturnines ; mais le plomb ne répond pas seulement aux symptômes de paralysie, il répond encore à la lésion ; en effet, Vulpian a déterminé une myélite aiguë chez un chien empoisonné par le plomb, et Hallopeau a observé le même fait chez un saturnin. Le plomb est donc homœopathique à l'inflammation aiguë et chronique de la substance grise des cordons antérieurs. Par conséquent, il est indiqué dans le traitement de la *téphromyéélite antérieure aiguë ou chronique* ; c'est-à-dire dans la

paralysie essentielle de l'enfance, dans la *paralysie spinale aiguë* et dans l'*atrophie musculaire progressive*, affection qui reconnaissent pour lésion une inflammation aiguë ou chronique parenchymateuse des cordons gris ou cornes antérieures. Richard Hughes recommande avec raison le plomb dans le traitement de l'*atrophie musculaire progressive*, qui n'est, comme nous venons de le dire, qu'une myélite chronique des cordons antérieurs.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Kératite scrofuleuse. — Observation. — *Apis mellifera* et *apium virus*. — Rhumatisme articulaire aigu terminé par une tumeur blanche. — Observation. -- L'accident commun. — *Sal croisici*. — Hydarthrose. — Observation. — *Iodium*. — Diagnostic de l'hydarthrose. — Hydarthrose aiguë. — Observation. — *Apium virus*. — Hydarthrose périodique. — Deux observations. — Bains d'eau mère du Croisic. — Asthmes avec vertige épileptiforme. — Observation. — *Arsenic*. — Hémoptysie dans l'asthme. — Observation. — *Arsenic et noix vomique*.

Messieurs,

Nous avons parlé, à la page 295, de l'infidélité des basses triturations d'*apis mellifica*, obtenues avec l'insecte tout entier; et au contraire de la supériorité de la préparation qui ne contient que le venin de l'abeille *apium virus*. Voici une observation qui confirme pleinement notre opinion en même temps qu'elle démontrerait, s'il en était besoin, avec quelle rapidité un médicament bien choisi triomphe des maladies les plus rebelles.

OBSERVATION LXXV. — *Kérato-conjonctivite scrofuleuse.*
Insuccès d'apis mellifica. Succès d'apium virus.

Mademoiselle Marie T..., âgée de 18 ans, institutrice, entrée le 4 janvier, sortie le 16 janvier. (Salle III, n° 3.)

Cette jeune fille n'a pas les apparences du tempérament scrofuleux, quoique dans sa famille plusieurs membres soient atteints d'affections strumeuses, et qu'elle-même ait eu, à l'âge de trois ans et demi, une première fois, mal aux yeux pendant une année entière. C'était, au dire du médecin, une kératite scrofuleuse.

Depuis ce temps-là, sa santé a été très-bonne jusque vers le 15 décembre dernier.

A cette époque, elle éprouva quelques douleurs dans l'œil, accompagnées d'une rougeur très-vive. Elle continua à travailler néanmoins; mais souffrant de plus en plus et n'ayant éprouvé aucune amélioration d'un traitement homœopathique fait à la consultation externe, elle demanda à entrer dans nos salles le 4 janvier.

Voici ce que nous observâmes au moment de son admission :

L'œil gauche est presque complètement sain. Rien sur la cornée, à peine une légère injection des vaisseaux de la conjonctive.

A droite, on constate une vive inflammation avec tension et douleurs dans la région orbitaire. La conjonctive présente un lacis vasculaire extrêmement développé, et, sur la cornée, on constate plusieurs pustules; heureusement aucune d'elles n'est centrale. La malade souffre beaucoup de cet œil. Il y a un larmolement continu et de la photophobie.

On prescrit immédiatement *ipeca*, 1^{re} trit. au 10^e, 20 centigrammes.

6 janvier. On constate une amélioration peu prononcée et bornée seulement à la conjonctivite; la kéra-

tite avec le larmolement et la photophobie persistent. On donne *apium virus*, 3°, 2 gouttes.

9 janvier. Il y a aujourd'hui une amélioration très-sensible ; le larmolement diminue et l'injection vasculaire est moins vive. *Dito*.

12 janvier. La photophobie a complètement disparu. Les pustules de la cornée se sont affaissées, et la malade, qui ne voyait absolument rien de cet œil au moment de son entrée, commence à distinguer les objets à une certaine distance. *Apium virus*, 3°.

15 janvier. La malade se croit assez bien guérie aujourd'hui et demande à s'en aller. L'inflammation a cédé complètement. La vue du côté droit est satisfaisante, mais il reste sur la cornée deux ou trois petites taies. *Apium virus*, 3°.

Nous avons revu, à la consultation, cette malade, pendant un mois et sa guérison semblait complète. Au commencement du mois de mars elle éprouva une rechute ; le médecin de service lui donna, sans succès, *hepar sulfuris* (3° trit.) et même *apis mellifica*, 3°. La malade vint nous trouver au dispensaire de la rue de Verneuil, et *apium virus* triompha rapidement de sa kératite. Je l'ai revue plusieurs mois après, la guérison persistait.

Cet exemple est bien propre à démontrer la nécessité d'une médication coordonnée et de préparations bien choisies pour la guérison des malades. Voici une kératite scrofuleuse grave avec ulcération de la cornée traitée deux fois sans succès par les médicaments homœopathiques ; une première fois, au début de la maladie, par un de nos élèves ; une seconde fois, après une re-

chute, par un de nos collègues. La première fois j'attribue l'insuccès à l'omission de l'*ipéca* pour combattre l'inflammation de la conjonctive; la seconde fois à l'emploi prématuré d'*hepar sulfuris*: et dans les deux cas, à l'insuffisance de l'*apis mellifica*; car aussitôt qu'*apium virus* a été prescrit à cette malade, l'amélioration s'est prononcée après 24 ou 48 heures au plus, et a marché, sans s'arrêter, jusqu'à la guérison complète.

Ainsi, Messieurs, retenez bien ce précepte. Dans le traitement de la kératite scrofuleuse, commencez toujours par *ipéca* quand cette kératite s'accompagne d'une conjunctivite intense; puis quand l'amélioration qui suit l'administration de ce médicament est arrêtée, passez à *apium virus* et insistez longtemps sur ce médicament, vous rappelant que dans les maladies chroniques, ce n'est qu'en continuant avec persévérance le même médicament qu'on arrive à la guérison.

Quand la kératite existe depuis de longues années et qu'elle a déterminé des taies, des infiltrations, des abcès interstitiels de la cornée, des iritis et toutes les lésions qui caractérisent la scrofule de l'œil arrivée à sa dernière période, *apium virus* peut devenir insuffisant, comme vous l'avez vu chez la malade de l'Observation LVIII. Dans les cas rebelles vous trouverez encore une ressource dans *hepar sulfuris*, *aurum muriaticum*, *opium*, *arsenicum*, *euphrasia*, *belladonna* et les autres médicaments qui correspondent aux inflammations des yeux.

Les compresses d'eau chaude qui constituent un des principaux moyens des spécialistes pour combattre la kératite scrofuleuse pourraient aussi être employées à

titre d'adjuvant dans les cas rebelles. Nous devons remarquer que nous avons rarement été obligé d'avoir recours à ce moyen et seulement chez des malades affectés d'abcès interstitiels entre les lames de la cornée.

OBSERVATION LXXVI.—*Rhumatisme articulaire aigu terminé par une tumeur blanche du poignet. Guérison.*

† M. Xavier M..., 27 ans, boulanger, entré le 1^{er} décembre, sorti le 28 février. (Salle des hommes, n° 2.)

Ce malade, d'une constitution assez vigoureuse aujourd'hui, paraît avoir eu dans son enfance quelques accidents dépendant de la scrofule. Il a eu, nous dit-il, à deux reprises différentes, des maux d'yeux qui ont duré plusieurs mois. Mais, à partir de l'âge de douze ans, il n'apparut aucune nouvelle manifestation strumeuse.

L'affection pour laquelle il entre aujourd'hui à l'hôpital a son origine dans une attaque de rhumatisme articulaire généralisé qui débuta il y a six semaines.

Au moment où il se présente, la plupart des articulations sont libres et ne sont accompagnées d'aucune douleur quand on leur fait exécuter des mouvements.

L'articulation radio-carpienne et tibio-tarsienne du côté gauche, ainsi que les petites jointures du poignet et du tarse, sont le siège d'une tuméfaction assez

considérable et douloureuse à la pression. Les muscles du bras gauche sont légèrement atrophiés, ainsi que ceux de l'épaule, où l'on peut constater la disparition presque complète du muscle sus-épineux.

L'état général du malade est assez bon ; la température est normale et les fonctions digestives s'exécutent très-bien. On prescrit *china*, 3^e.

4 décembre. On n'observe encore aucune amélioration. *Vipera torv.*, 3^e trit.

18 décembre. La tuméfaction constatée autour de l'articulation du pied semble diminuer. Les mouvements reviennent même en partie. Le gonflement du poignet persiste, et les mouvements de flexion qu'on cherche à communiquer aux doigts sont excessivement douloureux. *Dito*.

22 décembre. Le malade se plaint de douleurs assez vives dans le poignet malade. On n'y observe ni rougeur, ni chaleur anormale. *China*, 3^e trit., 20 centigr.

2 janvier. La tuméfaction des articulations du pied continue à diminuer d'une manière assez sensible. Quant à l'articulation du poignet, on ne constate aucune modification dans le volume des parties, et l'impossibilité de lui communiquer quelques mouvements persiste. *Sal Croisici*, 3^e trit., 20 centigr.

On applique en même temps sur cette dernière jointure quelques pointes de feu.

8 janvier. Le poignet semble avoir diminué un peu de volume, mais on sent à la région dorsale de l'articulation une petite saillie molle où l'on constate de la fluctuation. Pointes de feu tous les quatre jours et *sal Croisici*, 3^e trit.

30 janvier. Une amélioration considérable s'est pro-

duite sous l'influence du traitement précédent. La petite tumeur fluctuante qu'on avait constatée sur le dos du poignet a disparu. Les mouvements sont revenus dans l'articulation du pied, et le malade peut marcher quelque temps sans trop souffrir.

Au poignet, les extrémités osseuses, qui étaient très-volumineuses, ont subi une diminution très-notable. Les mouvements communiqués à l'articulation radio-carpienne sont peu douloureux. On continue le même traitement.

15 février. Le malade va de mieux en mieux. La tuméfaction diminue tous les jours, et la pression au niveau de l'articulation du poignet est peu sensible.

On fait subir au malade le même traitement jusqu'au 28 février, moment où il quitte l'hôpital pour s'en aller en convalescence dans son pays.

A ce moment, l'articulation tibio-tarsienne gauche avait repris presque la mobilité et le volume de la droite.

Quant à l'articulation du poignet gauche, il restait bien encore un peu de roideur dans les mouvements et une légère tuméfaction, mais le malade pouvait la mouvoir assez bien.

Cette observation est un exemple de l'influence considérable que les maladies exercent les unes sur les autres. Cet individu était scrofuleux, son rhumatisme était un rhumatisme chez un scroluleux, et l'*arthrite rhumatismale* a été l'*accident commun*, qui a servi de pont à la *tumeur blanche*.

L'*accident commun* est, en pathologie, une *affection* commune à deux maladies. Ainsi la bronchite est commune à la rougeole et à la phthisie, et c'est l'*accident*

commun qui sert de pont entre ces deux maladies. De même une ophthalmie catarrhale devient chez un scrofuleux l'occasion d'une kératite scrofuleuse; l'inflammation de la conjonctive est l'accident commun. Les arthrites sont chez les scrofuleux des accidents communs qui mènent aux tumeurs blanches; que les arthrites soient rhumatismales, traumatiques ou blennorrhagiques. Le médecin ne doit jamais perdre de vue cette loi de pathologie générale, s'il ne veut point errer sur le pronostic. Un chirurgien des hôpitaux de Paris, vient de retrouver cette loi, qui avait été exposée, il y a plus de trente ans, par J.-P. Tessier, dans ses cours de l'Ecole pratique et de l'Hôtel-Dieu.

Vous avez vu que le médicament principal employé chez ce malade, a été le *sal Croisici*, 3^e trituration. *Sal Croisici* désigne le sel fourni par les *eaux mères* du *Croisic*. Ces eaux mères contiennent principalement du bromure de sodium. Les bains additionnés d'Eaux mères constituent très-certainement le traitement le plus énergique de la scrofule, et comme tout le monde ne peut pas aller prendre des bains d'eaux mères, j'ai fait triturer le sel qui provient des eaux mères, et je l'administre à l'intérieur.

Depuis un an, j'ai beaucoup expérimenté cette préparation tant contre la scrofule que dans le traitement des affections utérines caractérisées par des règles trop fortes et trop prolongées. Ces expériences sont encore trop incomplètes pour que je puisse préciser les indications des sels d'eaux mères à l'intérieur. Mais elles sont cependant assez heureuses pour que je puisse engager mes confrères à essayer le *sal Croisici*, dans

tous les cas où ils ont l'habitude de prescrire soit les eaux mères, soit les bains de mer.

Je vais vous parler maintenant d'une maladie extrêmement rebelle, surtout quand elle a passé la période du début. C'est l'*hydarthrose*. Voici d'abord une observation recueillie dans nos salles.

OBSERVATION LXXVII. — *Hydarthrose chronique*.

Mlle G..., 25 ans, entrée le 5 décembre, sortie le 28 janvier. (Salle I, n° 3.)

Cette malade avait été traitée pendant deux mois, l'hiver précédent, pour une hydarthrose chronique du genou droit qui remonte au moins à dix ans. La malade nous raconte que presque tous les hivers son genou se gonfle et qu'elle est obligée de garder le repos pendant quelque temps.

Voici dans quel état nous trouvons aujourd'hui l'articulation :

Le genou est déformé, volumineux et un peu sensible. Par la palpation, on peut facilement constater l'épanchement intra-articulaire. La marche est excessivement pénible, la malade peut à peine s'appuyer sur la jambe droite. La santé générale est assez bonne. On prescrit le repos absolu et on donne *iodium*, 6^e, 2 gouttes dans la journée.

11 décembre. Le volume du genou a diminué sensiblement. Les pressions que l'on exerce sur l'articulation ne sont pas douloureuses. *Iodium*, 3^e, de la même manière.

21 décembre. L'épanchement est presque complètement résorbé. L'articulation peut être fléchie, sans beaucoup de difficulté. *Iodium*, 12°, de la même manière.

28 décembre. On ne sent plus aucun liquide dans la cavité articulaire. La malade, à laquelle on a permis de se lever, peut marcher sans difficulté. La flexion de l'articulation ne peut cependant être obtenue que très-incomplètement. *Iodium*, 2°. On continue ce médicament jusqu'au 13 janvier.

13 janvier. La malade va bien ; cependant, en imprimant des mouvements à l'articulation, on sent une certaine roideur dans celle-ci. De plus, les ligaments de l'articulation restent assez engorgés. On donne *apis*, 3° trit., 20 cent., et on applique autour de l'articulation quelques pointes de feu.

17 janvier. Nouvelle application de pointes de feu autour de l'articulation.

On continue *apis*, 3° trit., 20 centigr.

20 janvier. L'état local de l'articulation se modifie. Les tissus qui l'entourent sont plus souples et les mouvements beaucoup plus faciles. Pointes de feu et même médicament.

28 janvier. La malade sort dans un état très-satisfaisant.

Il est très-important de ne pas confondre l'*hydarthrose* avec la *tumeur blanche*. La première de ces deux affections est presque indolore, et elle ne devient guère douloureuse que par la distension extrême et rapide de la jointure. De plus, l'épanchement est plus considérable et plus liquide que dans la tumeur blanche. Pour sentir la fluctuation, il faut, tout le membre étant dans extension et le ligament rotulien relâché, circonscrire

la rotule en bas et en haut par les deux mains fortement appliquées, et embrassant énergiquement l'articulation, puis, avec l'indicateur de la main droite, on presse perpendiculairement et vivement sur la rotule. Cet os chasse l'eau qui est au-dessous de lui, et va frapper sur les condyles du fémur. Quand l'épanchement est considérable, le malade tient la jambe demi-fléchie, parce que dans cette position la capsule articulaire est moins distendue.

L'*iodium* a été chez cette malade le médicament principal ; il a suffi complètement à la résorption du liquide ; *apis mellifica*, et les pointes de feu ont été nécessitées par l'état d'engorgement des ligaments et des tendons.

Mais dans l'hydarthrose aiguë, l'*apium virus* est le médicament principal, comme on le voit dans l'observation suivante.

OBSERVATION LXXVIII. — *Hydarthrose aiguë.*

Apium virus.

Mme C..., âgée de 32 ans, est une femme un peu délicate. Elle a des règles habituellement trop fortes, d'où est résulté un certain degré d'anémie ; sa santé, du reste, est habituellement bonne. Au commencement de décembre, elle fut prise d'une gêne douloureuse dans le genou gauche avec gonflement très-rapide de cette articulation. Je vis la malade le troisième jour, après le début de l'hydarthrose, et je constatai l'état suivant : tuméfaction énorme du genou, qui est devenu globuleux ; fluctuation des plus évidentes ; demi-flexion habituelle de la jambe ; douleur de distension ; ni chaleur, ni rougeur ; diminution de l'appétit et du sommeil ; pas

de fréquence du pouls. Prescription : rester au lit ou sur la chaise longue, *apium virus* (3^e dil.); 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

5^e jour de la maladie, 2^e du traitement, amélioration incontestable; le volume du genou est aussi considérable, mais la tension est manifestement moindre; le sommeil et l'appétit sont revenus. Même traitement.

7^e jour. Continuation de l'amélioration; diminution du volume de l'articulation, qui peut être portée dans l'extension, sans gêne et sans douleur. Même traitement.

9^e jour. La forme du genou est revenue, mais cependant on constate encore de la fluctuation. Même traitement. La malade garde la position assise une partie de la journée.

12^e jour. Disparition du liquide; la malade commence un peu à marcher; la jointure est encore roide. Même traitement.

Quelques jours après, la malade commence à sortir et reprend peu à peu toutes ses habitudes.

Ici l'action du médicament est rapide, et la guérison marche sans s'arrêter, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un autre médicament.

Je veux à ce propos vous rapporter deux observations d'une variété d'hydarthrose extrêmement rare, c'est l'*hydarthrose périodique*.

OBSERVATION LXXIX. — *Hydarthrose périodique chez une scrofuleuse; bains d'eaux mères du Croisic.*

Mme G..., âgée de 46 ans, et encore bien réglée,

est un peu anémique ; elle porte au cou des *ganglions engorgés*, qui avaient été fort améliorés par les *eaux de Salins*, mais qui sont revenus quelque temps après. L'année dernière, elle éprouva une *hydarthrose* du genou droit qui guérit parfaitement. Pendant l'été de 1873, elle passa un mois au Croisic et prit des *eaux mères*, qui amenèrent une amélioration considérable des ganglions strumeux, mais ne modifièrent pas sensiblement une *hydarthrose* passagère et périodique qui a débuté pendant l'hiver de la même année.

Janvier 1874. L'*hydarthrose* dure de quatre à six jours, puis après six à huit jours d'une guérison parfaite en apparence, elle reparait. La durée de l'*hydropisie* n'est pas toujours la même, mais sa réapparition a lieu presque mathématiquement tous les douze jours. Il n'existe pas de douleur, mais une simple roideur ; le genou est tuméfié, arrondi, et la fluctuation est manifeste. *Pulsatilla*, 3^e, est restée sans effet ; *sulfur*, 30, n'a produit qu'une légère amélioration ; mais les *bains de mer* à la lame, et les *bains d'eaux mères* du Croisic, pris pendant le mois de juillet, ont amené une guérison qui a duré jusqu'au printemps. *Chininum sulfuricum*, 3^e trit., et *china*, 3^e trit., ont amené la disparition de l'*hydarthrose* pendant plusieurs mois, mais non une guérison, car l'*hydropisie* est revenue avec son ancienne périodicité ; cette dame a été obligée d'aller habiter Pau, et je ne sais ce qu'elle est devenue.

OBSERVATION LXXX. — *Hydarthrose périodique chez une femme atteinte de ménorrhagie et d'anémie consécutive.*
— *Guérison par les eaux mères du Croisic.*

Mme de Saint-G..., âgée de 40 ans, est mère de plu-

sieurs enfants; sujette depuis des années à des règles beaucoup trop fortes, et à une leucorrhée abondante, elle est très-anémiée, faible et essoufflée.

Cette dame est depuis quinze mois affectée d'une hydarthrose périodique siégeant au genou gauche. Cette affection revient environ tous les douze jours et dure quatre ou cinq jours; le genou est gonflé, roide, non douloureux, fluctuant. Il y a deux ans cette dame éprouva la même affection dans le genou droit, et elle guérit sous l'action des *eaux de Saint-Honoré*, après quatre mois de maladie. L'intervalle de santé entre les deux attaques d'hydropisie périodique a été de six mois. Notre malade a fait l'année dernière une saison aux *eaux de Cauterêts*, et ces thermes puissants ont été sans influence sur le retour des accès d'hydarthrose.

Chininum sulfuricum 3^e trituration, prescrit au mois de février 1876, n'a produit qu'une amélioration insignifiante. Au mois de mars, je donnais à cette malade *sal Croisici* (3^e trit.), 4 grammes en 24 paquets, un par jour, en deux fois. Au mois d'avril, je constate que les règles sont moins abondantes. Je continue le *sal Croisici*, et j'y ajoute l'hydrothérapie. Sous cette double influence, les règles diminuent et deviennent à peu près normales, mais les accès d'hydarthrose furent très-peu modifiés. Une saison de bains d'*eaux mères*, au Croisic, a fait disparaître complètement l'affection articulaire en même temps qu'elle a réduit les règles à leur mesure normale. La malade a repris des forces et de l'appétit, et semble tout à fait guérie.

Je vous ai rapporté ces deux dernières observations plutôt comme une curiosité pathologique que comme

un argument en faveur de la médication homœopathique, puisque les bains d'eaux mères du Croisic ont joué le plus grand rôle dans l'amélioration de la première malade et dans la guérison de la seconde.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de vous parler de l'asthme et de son traitement. Nous avons eu ces jours-ci dans nos salles deux malades qui nous donnent l'occasion de revenir sur ce sujet. Le premier cas est remarquable par les accès de *vertiges épileptiformes* qui accompagnaient ses quintes de toux, et par l'existence d'*hémoptysies* au début de la maladie. Le second malade, atteint de bronchite au cours de son asthme, a éprouvé aussi, lui, de petites *hémoptysies* pendant les premières années de sa maladie.

OBSERVATION LXXXI. — *Asthme. — Hémoptysie au début. — Accès de vertiges pendant les quintes. — Guérison par cuprum et arsenicum.*

M. Albert G..., 33 ans, entré le 21 décembre, sorti le 30 décembre.

Ce malade, doué d'une constitution vigoureuse, entre dans nos salles pour des accès de dyspnée qui ont débuté, il y a déjà longtemps, mais qui ont pris dans ces derniers temps un caractère tellement aigu, qu'il a été obligé de suspendre son métier extrêmement pénible de garçon boucher. Il n'est pas hémorroïdaire et n'a pas eu non plus d'affections dartreuses. Mais il a eu quelques symptômes de la goutte.

L'emphysème dont il est atteint a débuté il y a déjà

dix ans. A cette époque il eut une hémoptysie qui dura dix jours et constitua le premier symptôme de sa maladie.

Il s'enrhume tous les hivers et tousse alors pendant trois à quatre semaines. A chaque fois, la dyspnée habituelle de ce malade subit une aggravation considérable, et l'empêche de se livrer au moindre travail. Il a alors de véritables accès d'asthme qui reviennent surtout pendant la nuit, mais quelquefois aussi pendant le jour, après les repas. Le malade a bien la respiration un peu gênée en été, mais cependant il peut se livrer au travail sans trop souffrir.

Nous devons aussi signaler chez notre malade la présence de sable rouge dans les urines ; néanmoins il n'a jamais eu de douleurs dans les articulations, ni de coliques néphrétiques.

L'appétit s'est bien conservé chez notre malade, mais les digestions sont lentes et accompagnées de congestion vers la tête, avec tendance au sommeil ; en un mot, il est dyspeptique.

Aujourd'hui, voici dans quel état nous trouvons le malade :

La toux est assez fréquente, elle est retentissante et rarement suivie de crachats. Ceux-ci sont peu abondants, muqueux et un peu filants.

La percussion donne peu de résultats, car les parties molles sont extrêmement épaisses chez notre malade.

A l'auscultation, on trouve des rhonchus sibilants et ronflants, avec expiration prolongée.

On prescrit *arsenicum* (3^e trit.), 20 centig. dans la journée.

24 décembre. Le malade n'accuse encore aucune

amélioration. L'expectoration est toujours peu abondante et très-difficile ; *arsenicum* (2^e trit.).

25 décembre. Le malade se plaint de vertiges qui le prennent au moment de quintes de toux. Ces vertiges sont tellement violents, que le malade perd connaissance pendant un moment ; *cuprum*, 12^e.

26 décembre. Le malade a été plus calme hier. La dyspnée dont il se plaignait a diminué considérablement, mais les vertiges ont persisté.

On revient à *arsenicum* (3^e trit.).

27 décembre. Le malade continue à aller mieux du côté de la poitrine, mais il souffre aujourd'hui d'un point de côté à gauche. L'expectoration est plus facile et un peu plus abondante; les accès de vertige ont disparu.

On prescrit *nux v.*, 3^e.

29 décembre. La toux et le point de côté ont cédé presque complètement. Le malade, se trouvant bien, demande à s'en aller. On lui donne à emporter *arsenicum* (3^e trit.), 40 centigr.

Cette observation présente deux particularités sur lesquelles je désire attirer votre attention ; la première est l'existence d'une *hémoptysie* au début de la maladie ; la seconde est constituée par des accès de vertige pendant les quintes de toux.

L'hémoptysie est fort rare dans le cours de l'asthme, et cette complication éveille toujours chez le médecin, comme chez le malade, la crainte d'une phthisie pulmonaire. Il faut donc que vous soyez prévenu de la possibilité d'hémoptysie, même violente, chez les asth-

matiques en l'absence de toute complication tuberculeuse ou cardiaque.

Gabalda, le premier, dans un mémoire sur l'asthme, publié en 1853 dans le *Journal de la Société gallicane*, a signalé en ces termes l'existence de l'hémoptysie dans le cours de l'asthme de forme commune :

« Les hémoptysies de l'asthme se présentent avec des caractères qui ne sont pas toujours les mêmes. Tantôt la matière de l'expectoration est mêlée d'une plus ou moins grande quantité de sang pendant tout le temps que dure l'exacerbation des autres symptômes de la maladie, tantôt une grande quantité de sang pur est expectorée en quelques instants, comme il arrive dans la phthisie. » (P. 559.)

C'est une hémoptysie abondante qu'a éprouvée notre malade il y a dix ans, et cependant vous voyez que non-seulement il n'est pas devenu phthisique, mais encore qu'il est doué d'une très-vigoureuse constitution. Retenez donc ce fait, d'une importance capitale, au point de vue du pronostic, c'est que les asthmatiques peuvent avoir des hémoptysies même abondantes sans être menacés de phthisie tuberculeuse.

Le second point sur lequel je désire attirer votre attention, est celui de l'existence de *vertiges*, avec perte de connaissance pendant les quintes de toux des asthmatiques. Déjà nous avons eu l'occasion d'observer cet accident il y a trois ans chez une femme, dont vous trouverez l'observation à la page 156 de notre clinique. Cette malade éprouvait une convulsion tonique générale, avec cyanose de la face et perte complète de la connaissance. *Arsenic* triompha de ces accidents. L'homme qui fait l'objet de la présente observation

n'avait ni convulsion, ni cyanose, mais un vertige avec perte de connaissance.

Dans le cours de cette année, l'existence du *vertige épileptiforme* pendant les accès de toux chez les asthmatiques a attiré l'attention des cliniciens. M. Charcot serait disposé à admettre un vertige à point de départ laryngé, rappelant le vertige de Ménière à point de départ labyrinthique, pour expliquer ces chutes subites, dans lesquelles le malade est comme foudroyé à la suite d'une quinte de toux, ce qu'il a observé chez des goutteux, des asthmatiques.

M. Gellé, à propos d'une communication de M. Charcot, à la Société de biologie, présente, au nom de M. Collin (de Vaugirard), le fait suivant :

Spasme apoplectiforme du larynx. — M. Collin se trouve à table, en face de M. G..., un de ses amis, âgé de 68 ans, légèrement emphysémateux, actuellement bien portant. On est au dessert ; M. G... rit d'une plaisanterie ; soudain il est pris d'une quinte légère au début, puis plus forte, sans reprise. Son visage se congestionne, rougit, les yeux s'injectent, la face est rouge, injectée ; il semble qu'on étrangle le toussueur ; puis M. G... incline la tête en avant et cesse de tousser. Il reste quelques secondes dans cet état, le nez dans son assiette, immobile. Au moment où il reprend connaissance, il est étourdi, peu au courant de ce qui s'est passé ; il a un peu de stupeur. Tout cela dure à peine quelques minutes, qui semblent des heures à ses amis. M. G... a eu plusieurs accès de cet ordre dans les trois dernières années de sa vie.

Il est mort à 74 ans, de trachéo-pneumonie. Depuis

cinquante ans il était atteint de pharyngite hypertrophique chronique avec surdité légère.

Voici un fait clinique qui peut jeter quelque lumière sur ces vertiges laryngiens :

Fibrome du larynx comme cause d'épilepsie, par le Dr SOMMERBRODT. — L'auteur constata la présence d'une tumeur implantée sur la corde vocale du côté gauche, chez un homme de 54 ans, atteint d'un enrouement qui durait depuis plusieurs années. L'année suivante la raucité de la voix alla en augmentant, se compliqua de dyspnée, et, en outre, le patient fut pris d'accès épileptiformes qui survenaient principalement la nuit. L'un de ces accès fut suivi de parésie des membres du côté gauche et des muscles innervés par le facial du même côté, parésie qui se dissipa peu à peu. Les accès épileptiformes allant en augmentant de fréquence et d'intensité, sans que les moyens thérapeutiques employés pour les combattre amenassent le moindre résultat, on soupçonna une relation de causalité entre l'épilepsie et la tumeur du larynx. Il est à noter que quinze ans auparavant, le patient avait eu un petit nombre d'accès épileptiformes dont il fut guéri à la suite de l'incision d'une cicatrice cutanée siégeant sur le dos de la main. Sommerbrodt enleva à l'aide du bistouri la tumeur qui n'était autre qu'un fibrome de 4,5 centimètres de longueur, 0,6 de largeur, 0,9 de hauteur. On vit disparaître aussitôt l'enrouement de la voix, la dyspnée, ainsi que les accès épileptiformes qui ne s'étaient pas reproduits une seule fois cinq mois après l'opération. (BERLINER KLIN., WOCHENS. n° 39, 1876.)

Nous ne voulons, pour le moment, tenter aucune explication physiologique de cette nouvelle variété du vertige; retenons seulement que dans les deux cas que vous avez vus, l'*arsenic* a produit la disparition rapide de cet accident.

Voici maintenant une autre observation d'asthme dans laquelle nous avons pu noter l'existence de *petites hémoptysies*, non-seulement au début, mais aussi dans le cours de la maladie.

OBSERVATION LXXXII. — *Asthme. — Petites hémoptysies.*
Catarrhe pulmonaire aigu.

M. Charles L..., 40 ans, entré le 1^{er} février, sorti le 18 février. (Salle des hommes, n° 4.)

Ce malade, atteint d'asthme avec emphysème pulmonaire, n'a jamais eu d'hémorrhoides ni d'affections dartreuses.

La santé, très-bonne jusqu'à l'âge de 30 ans, a commencé à être ébranlée à cette époque, et les accès d'asthme pour lesquels il vient demander nos soins datent déjà d'une dizaine d'années. Depuis ce temps-là, il est sujet à s'enrhumer tous les hivers et à tousser pendant deux ou trois mois.

Son état général est resté satisfaisant, malgré les crachements de sang, peu abondants, il est vrai, qui accompagnaient presque chaque année sa bronchite.

La dyspnée; qui constitue sa principale maladie, fait presque défaut en été et revient plus intense en hiver.

Actuellement il se trouve dans une période aiguë. Il tousse depuis une huitaine de jours. La toux est sèche, extrêmement pénible. L'expectoration, peu abondante, se compose de crachats blanchâtres, aérés, et n'adhérant nullement au fond du vase.

Le malade étouffe beaucoup depuis quelques jours ; il est pris, la nuit, d'accès d'asthme très-violents qui l'empêchent de dormir.

A l'examen des organes thoraciques, nous trouvons les signes ordinaires de l'emphysème pulmonaire.

La poitrine, qui est très-bombée en avant, donne à la percussion, en avant et en arrière, une résonnance exagérée.

A l'auscultation, on perçoit dans les deux côtés de la poitrine un grand nombre de râles ronflants et sibilants ; à la base et en arrière, on entend même quelques râles muqueux à l'inspiration. L'expiration est extrêmement prolongée.

On prescrit *ipéca* et *bryone*, 12^e, alternés.

3 février. Le malade continue à tousser. La dyspnée est toujours très-marquée, et subit même une aggravation le soir. *Cuprum*, 12^e.

4 février. Il n'y a aucune amélioration. *Arsenicum*, 3^e, 3 gouttes.

8 février. Le malade va un peu mieux aujourd'hui. L'expectoration est plus facile et les étouffements moins pénibles. *Arsenicum*, 3^e, 10 gouttes.

11 février. Le malade va un peu moins bien depuis deux jours. La toux est un peu plus fréquente.

On donne le matin, *arsenicum*, 3^e, et, le soir, *nux vomica*, 3^e.

15 février. Il y a une amélioration considérable dans

l'état du malade. Il ne tousse plus qu'à de très-rare intervalles, mais il se plaint d'un point de côté à gauche. La dyspnée est à peine marquée. *Bryone*, 3°.

18 février. Le malade ne souffre plus de son côté, et respire assez facilement. Il demande à aller reprendre son travail.

VINGT-HUITIÈME LEÇON.

SOMMAIRE : Du vaginisme. — Observation. — Traitement. — Les chirurgiens français et Marion Sims. — Variole hémorrhagique. — Influence de la vaccination sur la période de suppuration ; illusions thérapeutiques qui en découlent. — Observation. — Le *rash hémorrhagique* et le *rash scarlatineux*. — *Phosphorus*. — Variole hémorrhagique sans fréquence du pouls. Mort. — Observation.

Messieurs, nous voici en présence d'une maladie qui n'a jamais déterminé la mort, mais qui bien des fois l'a fait désirer par les malheureuses atteintes de cette douloureuse affection. Constituée par le spasme douloureux du sphincter de la vulve, comme la *fissure à l'anus* est constituée par le spasme douloureux du sphincter de l'anus, le vaginisme peut se compliquer ou non d'exco-riations et de fissures à la vulve. Mais ici, comme dans la maladie de l'anus, si bien décrite par Boyer, la lésion de la membrane muqueuse ne joue qu'un rôle secondaire, le spasme douloureux du sphincter est l'élément principal et quelquefois unique de l'affection.

C'est à un chirurgien français que nous devons les premiers travaux sur le vaginisme. Huguier publia dans sa thèse inaugurale, en 1834, l'observation d'un cas de vaginisme, et à propos de ce cas traça l'histoire pathologique et le traitement de cette affection. Il la rapprocha, avec raison, de la *fissure à l'anus*, et institua le traitement par incision du sphincter. C'est donc

faire preuve d'ignorance que de rapporter au chirurgien américain Sims, la découverte du vaginisme et de son traitement, puisque lorsque ce chirurgien rencontra, en 1857, un premier cas de vaginisme, il ne sut pas le reconnaître et il avoua « qu'on ne trouvait dans les livres aucune lumière à ce sujet. » Il pensa bien à une opération chirurgicale, « *toutefois, ajoute-t-il, je refusais de rien faire, me fondant sur ce qu'une opération non encore éprouvée ne pouvait se justifier sur une personne du rang de la malade* (il paraît que cette dame appartenait à la haute société), *l'hôpital étant le champ légitime de l'observation expérimentale.* » (*Du vaginisme*, par Visca, p. 108.)

Si M. Sims avait connu les chirurgiens français, il n'aurait pas ignoré l'opération faite par Huguier en 1831; celle pratiquée par Pinel-Grandchamp et rapportée dans la *Clinique de Dupuytren* (2^e édit., 1839); et enfin l'opération de Michon en 1851; il aurait encore appris des chirurgiens français que le *rang des malades* ne constitue ni une indication, ni une contre-indication à une opération, et que les malheureux obligés d'aller à l'hôpital, loin d'être une *matière à expérience*, sont d'autant plus respectables qu'ils n'ont pour les protéger que leur misère et leur maladie.

Le vaginisme se développe le plus souvent à propos du premier rapprochement sexuel, qu'il rend habituellement impossible; d'autres fois il succède à des excès de coït (observation d'Huguier et la XIX^e du mémoire de Visca); on peut l'observer après des accouchements, même avec rupture du périnée; d'autres fois il se développe à l'occasion d'un eczéma, du prurit vulvaire ou d'une blennorrhagie. Quelques cas semblent être sous

la dépendance de diverses affections utérines et de la leucorrhée qu'elles entraînent; les *gerçures*, *ulcérations* et *fissures* de l'entrée du vagin, des petites lèvres, mais surtout des caroncules ou de l'hymen; les polypes du méat urinaire, sont souvent le point de départ du spasme douloureux du sphincter de la vulve. Chez les hystériques, on observe quelquefois un vaginisme périodique, accidentel et de peu de durée qui n'est lié à aucune des lésions précédentes.

Le *vaginisme* habituel et permanent est-il toujours lié à une affection hémorroïdaire comme la fissure à l'anus? Nous ne pouvons nous prononcer d'une manière affirmative sur cette question.

Une continence forcée et plus ou moins absolue est la suite ordinaire de cette affection; il nous est donc facile de saisir les nombreux inconvénients qui découlent immédiatement d'une semblable maladie, et l'histoire de la jeune femme qui est maintenant dans nos salles n'est que la répétition de ce qui se passe habituellement dans ce cas, c'est-à-dire l'éloignement du mari et la détermination bien arrêtée de la jeune femme de retourner et de rester désormais chez sa mère.

Ce cas particulier est propre à vous faire saisir la pathogénésie habituelle du vaginisme en même temps qu'à nous montrer son étroite analogie avec les spasmes douloureux des autres sphincters; enfin, il démontre que la dilatation n'est pas un moyen infailible pour guérir cette maladie, puisque l'accouchement, avant terme il est vrai, n'a modifié en rien le spasme douloureux de la vulve.

OBSERVATION LXXXIII. — *Vaginisme compliqué de spasme douloureux du sphincter de l'urèthre et de celui de l'anus; chez une hémorroïdaire.*

Marie M..., âgée de 17 ans, entrée le 13 janvier, sortie le 25 février, couchée au n° 3 de la salle 2.

Cette femme, d'une constitution très-vigoureuse, s'est mariée à 16 ans. Elle nous dit que les rapports sexuels ont toujours été excessivement douloureux; cependant, elle devint enceinte et fit une fausse couche après le quatrième mois de sa grossesse. Elle se rétablit facilement, mais le vaginisme dont elle souffrait, déjà loin de s'être amendé par le fait de l'accouchement, s'était tellement aggravé qu'elle renonça tout à fait à habiter avec son mari. En même temps apparurent des souffrances hémorroïdaires avec retentissement sur la vessie. Trois semaines après le début de ces nouveaux accidents, elle entra dans nos salles et présentait l'état suivant : du côté de l'anus, flux hémorroïdaire, ténesme, défécations suivies, pendant des heures, de douleurs excessives et caractéristiques de la fissure à l'anus; du côté de la vessie : ténesme extrêmement douloureux, miction très-douloureuse, *hématurie*. Le vaginisme était caractérisé par la difficulté extrême de pratiquer le toucher; cette exploration arrachait des cris à la malade, et la douleur persistait pendant plusieurs heures. Il n'existait ni fissures, ni excoriation, ni blennorrhagie.

La malade prétend que cet état douloureux a été fort aggravé par son accouchement. Indépendamment des spasmes excités par la miction, la défécation ou le tou-

cher vaginal, il existe une douleur habituelle qui est très-aggravée par la marche.

Phosphorus 6^e, aloès 3^e tritur., *nux vomica* 3^e, *capsicum annuum* 3^e dil., ont guéri complètement l'hématurie et le flux hémorrhoïdaire, et *sedum acre* 3^e a modéré les spasmes douloureux du sphincter de l'anus; mais ces médicaments sont restés complètement impuissants pour combattre le vaginisme. *Plumbum* 6, aidé de l'application de mèches de charpie imbibées d'eau blanche, n'a point amené d'amélioration. Nous avons tenté de faire un pansement avec des mèches trempées dans une solution de chloral au 50^e, mais l'extrême douleur causée par l'introduction des mèches nous a fait renoncer à ces moyens, et nous avons conseillé à cette malade d'aller consulter un chirurgien. Nous ne l'avons pas revue.

Dans ce cas particulier, l'extrême jeunesse de la malade au moment de son mariage et une disposition hémorrhoïdaire manifeste, peuvent être considérées comme des causes de développement du vaginisme. La dilatation de l'anneau vulvaire par un accouchement prématuré, loin d'avoir eu une action favorable comme on aurait pu le présumer, a eu une influence incontestablement fâcheuse et a beaucoup aggravé l'état de la malade. Du reste, ce n'est pas là une nouveauté. Depaul a signalé un cas de vaginisme qui a été le résultat d'une déchirure produite par le passage de la tête pendant l'accouchement, et Bernutz a rencontré une femme chez laquelle le vaginisme s'est développé après un avortement. Gueneau de Mussy, dans sa clinique, cite l'observation d'une dame chez laquelle le vaginisme

avait persisté et même s'était aggravé après quatre accouchements à terme.

Scanzoni a observé, comme nous, des cas où le spasme vulvaire existait conjointement avec des spasmes du sphincter du rectum et de l'urèthre. Et dans ces cas il a remarqué que la marche suffisait souvent à augmenter toutes les souffrances, comme nous l'avons noté chez notre malade.

Comme pour la fissure à l'anus, le traitement est ici principalement chirurgical. En allopathie, la belladone et le bromure de potassium n'ont point donné de succès complet dans les cas bien caractérisés. En homœopathie, nous sommes sans expérience clinique sur le traitement de cette maladie. *Ferrum*, *Kreosotum* et *Berberis* indiqués par Jarh pour les douleurs pendant le coït ne correspondent qu'à un sentiment de cuisson et non à une contracture.

Dans son traité des *maladies des femmes*, cet auteur indique plusieurs médicaments qu'il affirme être très-efficaces : *belladone*, *noix vomique*, *ignatia*, *platina*, etc.; mais, vérification faite dans la *matière médicale*, on constate que la pathogénésie de ces médicaments ne contient aucun symptôme qui puisse se rapporter au vaginisme; en outre, la description que Jarh donne de cette affection prouve qu'il n'était pas au courant de la question et ôte toute confiance en ses affirmations. D'après Richard Hughes, *Plumbum* aurait produit le vaginisme; vous avez vu qu'il avait été inefficace chez notre malade, mais peut-être n'a-t-il pas été prolongé assez longtemps et donné à une dose suffisante. C'est donc ici une étude complète à faire.

La dilatation graduelle, la dilatation instantanée,

comme pour la fissure à l'anus, l'incision du sphincter, l'incision bornée à l'hymen et à la muqueuse vaginale, ces méthodes séparées ou combinées ont donné un grand nombre de guérisons radicales. Il ne faut pas omettre d'enlever les points douloureux et d'entretenir par des mèches belladonnées, la dilatation obtenue par l'opération.

Il y a quelques jours, vous avez pu voir dans une chambre particulière une jeune fille qui présentait l'ensemble des symptômes propres à la *variole hémorrhagique* : vous avez été témoin de nos inquiétudes sur l'issue de cette maladie, et une fois de plus vous avez pu constater l'influence heureuse, quoique tardive dans ce cas, de la vaccination. En effet, le processus morbide s'est profondément modifié le sixième jour, et la malade a guéri après avoir présenté ce spectacle remarquable d'une variole revêtant une affreuse gravité pendant les deux premières périodes, et une incomparable bénignité pendant la période habituellement la plus périlleuse, la période de la suppuration. Rappelez-vous toujours ce fait, messieurs, pour ne pas faillir dans le pronostic de la variole, et aussi pour ne pas vous faire d'illusion thérapeutique. La variole est plus ou moins modifiée par la vaccination. Depuis celui qui est complètement réfractaire à la contagion jusqu'à celui qui succombe malgré la vaccination, il y a une foule de degrés, mais très-souvent l'influence d'une vaccination antécédente se manifeste sur la période de suppuration; les varioles modifiées par le vaccin, les *varioloïdes*, pour employer le mot consacré, ne suppurent pas; et souvent vous verrez, comme dans le cas

qui fait l'objet de cette leçon, des varioleux présenter l'état le plus alarmant au début et pendant la période d'éruption; puis tout cet appareil grave disparaît comme par enchantement le septième ou le huitième jour, et les malades passent, presque sans transition, d'un état périlleux à la convalescence.

Vous comprenez que cette marche si remarquable des varioles modifiées est bien propre à créer et à entretenir les illusions thérapeutiques les plus grandes. Le médecin a toujours une tendance à attribuer à sa médication les heureux résultats qui, ici, ne sont dus qu'à l'influence d'une vaccination antécédente; c'est à cette illusion que nous devons les succès aussi éphémères qu'éclatants de la *Sarracenia* et d'une foule d'autres médicaments.

Pour qu'un médicament soit reconnu incontestablement efficace, dans les cas de variole chez les individus vaccinés, il faut que la période de suppuration ne soit pas brusquement supprimée, mais bien qu'elle suive son cours et qu'elle soit manifestement amoindrie et modifiée par l'action thérapeutique; il faut enfin que cette même modification soit également efficace dans les cas de variole non modifié par le vaccin, *variola vera*.

OBSERVATION LXXXIV. — *Varioloïde hémorrhagique*. — *Phosphorus*. — *Guérison*.

La nommée Augustine P... âgée de 20 ans, blanchisseuse.

Entrée le 19 décembre 1876, salle des femmes (maison Saint-Jacques), chambre particulière.

La malade n'a jamais eu de fièvre éruptive. Elle a été

vaccinée très-jeune (ne se rappelant pas l'époque). Elle n'a pas eu de rapports avec des varioleux.

16 décembre. Le samedi 16 décembre, dans la soirée (elle n'avait absolument rien éprouvé jusque-là) la malade est prise de douleurs très-fortes dans les lombes; de frissons, céphalalgie, nausées, vomissements bilieux; point de sommeil, pas d'appétit, épistaxis (abondante).

Les jours suivants les mêmes symptômes continuent.

4^e jour. Le mardi matin 19 décembre, elle entre à l'hôpital. A la visite du matin la malade présente sur la partie antérieure du cou, et supérieure et antérieure du thorax un *rash hémorrhagique*, très-prononcé; le ventre présente le même phénomène. Ce rash a paru au cou le dimanche 17, c'est-à-dire le deuxième jour de la maladie, et sur le ventre le lundi 18, troisième jour de la maladie. Il y a des rougeurs sur la figure mais point d'éruption apparente. Les épistaxis, les vomissements, la constipation continuent; mal de gorge. La température axillaire monte à 40°. Dans la journée l'éruption se fait, les pustules sont petites, peu confluentes; dans l'intervalle la peau est rouge à la face; elle se fait aussi sur les mains, moins sur les bras et la poitrine, et très-peu sur le ventre.

•

La prescription du matin est *phosphorus* (6) qui paraît avoir arrêté les épistaxis. Température du soir 40°,5.

5^e jour. 20. Le 2^e jour de l'éruption. La nuit a été mauvaise, délire, vomissements, constipation. Pas d'épistaxis, mais règles avançant de cinq jours. Température du matin, 40°,4. L'éruption continue. Même traitement.

6^e jour. 21. Nuit mauvaise, délire; matinée un peu

plus calme; moins de chaleur, moins de vomissements, point d'épistaxis, mal de gorge plus prononcé, défervescence, température 37°,6. A la visite du soir, la face est légèrement tuméfiée, mais pas les mains. Les yeux rouges larmoyants. Tempér. 38°,2. Même traitement.

7^e jour. 22. Délire tranquille mais continu (divagations), nausées, température normale. Prescription : tartarus (6) le jour, bellad. (6) la nuit.

8^e jour. 23. Les divagations continuent, point de vomissements. La face est gonflée notablement, les mains très-peu. Les pustules sont entourées d'une auréole ecchymotique. Température normale.

9^e jour. 24. Plus de délire, très-peu de nausées, quelques pustules sont en suppuration. Les autres se dessèchent sans avoir suppuré.

10^e jour. 25. La malade est convalescente.

Quelle a été l'influence du phosphore dans ce cas ? Évidemment nous ne tomberons pas dans l'illusion que nous signalions il y a un instant, remarquons néanmoins qu'il ne s'agissait pas ici d'un *rash scarlatineux* qui habituellement n'entraîne pas un pronostic grave, mais d'un véritable *rash hémorrhagique*, c'est-à-dire, de larges plaques constituées par une multitude de petites ecchymoses confluentes, les unes rouges, les autres noires avec toutes les teintes intermédiaires. Ajoutons que ce *rash* était étendu à une grande partie de la surface cutanée; qu'il s'accompagnait d'épistaxis répétées, puis de règles prématurées, véritable *épistaxis utérine*; qu'enfin, la maladie ne s'est point arrêtée le 6^e jour; mais que le délire, et un état encore assez sérieux, s'est continué jusqu'au 9^e jour; que quelques pustules ont

suppuré. D'où nous concluons que dans un cas analogue on devra recourir au phosphore avec une certaine confiance.

Peut-être si nous avions administré le *phosphore* dans le cas suivant emprunté à ma clientèle, n'aurions-nous pas eu à regretter la mort de la malade; mais j'avoue que l'absence de fièvre, ou au moins de fréquence du pouls, m'a complètement trompé pendant les premiers jours de cette variole.

OBSERVATION LXXXV. — *Variole hémorrhagique. — Vomissements pénibles et incessants, pas de fréquence du pouls. — Hémorrhagies multiples. — Mort le 6^e jour, collapsus asphyxique.*

Madame de S., âgée de 45 ans, vaccinée dans son enfance, non revaccinée, est une femme replète et extrêmement colorée, depuis plusieurs mois elle habite un pays où règne la petite vérole, elle visite et soigne les varioleux.

Partie pour Paris le 12 juin (1871), elle fut prise en route des premiers symptômes de la variole.

Le 13, 2^e jour. Je trouve cette malade fort agitée; elle a des vomissements bilieux revenant toutes les heures; des douleurs de reins affreuses; une céphalalgie intense; la peau fraîche et le pouls à 72. Ces vomissements avaient résisté à l'eau de seltz et à la glace. L'ipéca, la noix vomique, l'opium et la belladone prescrits successivement ce jour-là où les jours suivants, furent à peu près sans action.

Le 14, 3^e jour. La malade n'a pas dormi: l'agitation est grande, elle s'assoit et se recouche incessamment, elle vomit toujours et croit cependant avoir faim. Elle a pris un bouillon qui a augmenté les vomissements,

la face est très-colorée; les yeux injectés avec des plaques hémorrhagiques sous la conjonctive oculaire; même état du reste; le pouls est toujours à 72.

Le 15, 4^e jour. Le matin, la malade vomit moins, mais tous les quarts d'heure elle est prise d'efforts violents et douloureux; elle se plaint d'une violente douleur au cœur; il n'y a pas eu de sommeil cette nuit; l'agitation va croissant, la face est rouge et bouffie; un véritable chémosis hémorrhagique se forme dans l'œil; des papules d'un rouge foncé se montrent au cou, le pouls est toujours à 72.

Le soir l'éruption s'est étendue, les papulles se touchent, il en apparaît au bras et à la paume des mains. Quelques taches de purpura sont mêlées au cou avec les boutons de variole. *Aconit* (T. M) un gramme dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures et *vaccinum* (3 trit.).

Le 16, 5^e jour. Nuit abominable; agitation et angoisse, crainte de la mort; beaucoup de boutons sont recouverts d'une vésicule; hémorrhagie par les selles et les urines. Le pouls varie entre 72 et 80. La peau n'est pas chaude au toucher. (La malade se refuse à garder le thermomètre dans l'aisselle). La face est de plus en plus bouffie; les vomissements ont cessé et la malade prend du bouillon et de la gelée: *arsenic* (3 trit.) toutes les heures.

Le 17, 6^e jour. L'angoisse et l'agitation ont fait des progrès continuels; la malade change de place plusieurs fois en une minute. Les hémorrhagies continuent et il n'y a pas mal de purpura, la malade crache des mucosités sanguinolentes, le pouls s'élève le matin à 96, la raison est complètement intacte, mais la malade

a la pensée de sa mort très-prochaine; vers trois heures un râle muqueux s'établit dans sa poitrine. Le pouls s'élève à 120. L'angoisse et l'agitation se doublent de la sensation affreuse de l'asphyxie, et la malade meurt à 10 heures du soir, ayant conservé sa connaissance et son agitation jusqu'à 9 heures $3/4$; alors elle tomba dans le collapsus asphyxique et mourut après avoir râlé $1/2$ heure.

Nous avons un véritable regret de n'avoir pu prendre la température de cette malade; son pouls est resté normal jusqu'au 5^e jour, malgré cette effroyable dissolution qui s'est terminée par la mort le sixième jour. Quelle était la température pendant cette affreuse variole? les caprices de la malade ne m'ont pas permis de m'en assurer, mais la peau ne présentait, au toucher, aucune élévation de température.

J'ai trouvé le même état du pouls chez plusieurs malades dont l'histoire est rapportée par Dufresne à propos d'une épidémie de varioles hémorrhagiques à Genève; mais ici la température fait également défaut.

Dans les cas de varioles hémorrhagiques observées par Huchard (*De la mort dans la variole in Archives de médecine*, 1871), le pouls était fréquent et la chaleur au-dessus de 39, et cependant dans la VII^e observation nous remarquons que le soir du sixième jour, le pouls étant à 72°, la chaleur atteignait 40,4. Le pouls peut donc être normal et la chaleur atteindre et dépasser 40°, c'est là un défaut de coordination et de rapport entre les symptômes habituels à la *malignité*.

Qu'est-ce donc que la *malignité*?

L'orgaicisme et le positivisme se sont entendus pour

retrancher ce mot de la nosographie, par cette raison que l'existence de cet état ne reposait pas sur une définition précise; et que la *malignité* n'était pour la tradition médicale qu'une sorte de métaphore servant à désigner un état insidieusement grave mais insuffisamment défini. *Le chien qui mord sans aboyer* n'est pas évidemment une définition irréprochable et nous estimons que dans les sciences d'observation, on a le droit de se montrer sévère sur les définitions; mais comme, malgré tout la *malignité* répond à un état trop réel et trop fréquent dans les maladies, la *clinique* n'a pas tenu compte des arrêts de la *nosographie*, elle a retenu le mot de *malignité* et l'emploie tous les jours. Voyons donc s'il ne serait pas possible de lui donner une signification précise et positive et pour cela procédons par l'observation des faits.

Le type de la malignité se rencontre dans les fièvres pernicieuses; or quels sont les symptômes propres à toutes les fièvres pernicieuses; ou, en d'autres termes, quel est le caractère de la *perniciosis*, si on nous permet ce barbarisme.

Le premier caractère est un danger de mort très-prochain; tout malade atteint de fièvre pernicieuse, quelle que soit sa forme, peut mourir dans quelques heures.

Le second caractère, c'est que cette mort ne se produit pas par le mécanisme ordinaire aux autres maladies; ainsi une hémorrhagie cérébrale, une diphthérie croupale, une endocardite tuent par la cessation des fonctions d'un des organes nécessaires à la vie: cerveau, poumon, cœur; et cette cessation de fonctions s'explique par la lésion qui caractérise chacune de ces maladies. Dans la perniciosis au contraire le cœur cesse de battre,

le poumon cesse ses échanges gazeux sans qu'aucune lésion appréciable vienne rendre compte de la cessation des fonctions.

Un troisième caractère de la malignité découle précisément de ce mécanisme de la mort; il est en effet aussi difficile de prévoir le moment de la mort que de l'expliquer; et la terminaison fatale est souvent une terminaison inattendue.

Les anciens disaient encore, que dans la malignité il y a désarroi complet des *fonctions vitales* (Galien appelait fonctions vitales la respiration et la circulation), et ce désarroi cette perversion, ce trouble profond qui produit si souvent la mort en quelques heures, fournit un quatrième caractère de la malignité, c'est le *désaccord des symptômes*. Ainsi un pouls normal et une chaleur dépassant 40°, comme dans la variole hémorrhagique — un pouls complètement absent et cependant la conservation des forces animales, comme dans le choléra, où les malades peuvent se lever encore plusieurs heures après qu'on a cessé de percevoir le pouls. Cette atteinte portée aux fonctions vitales, explique l'angoisse, l'agitation, l'anxiété précordiale, les refroidissements des extrémités, la lividité, la tendance aux lipothymies, qui permettent au médecin expérimenté de diagnostiquer la malignité et de pronostiquer son issue.

Enfin, et c'est là son cinquième et dernier caractère, la malignité s'accompagne d'une apparente bénignité parce que la conservation des fonctions animales fait illusion au malade et aux assistants.

Maintenant nous pouvons donc définir la malignité : un état insidieux, caractérisé par le désaccord des symp-

tômes, la déroute des fonctions vitales, et le danger d'une mort imminente par syncope ou par cessation des phénomènes chimiques de la respiration.

Ajoutons, pour terminer cette digression déjà trop longue, que la malignité se présente tantôt sous forme d'*accès pernicieux* comme dans la fièvre intermittente, et dans toutes les maladies fébriles : pneumonie, fièvre typhoïde, fièvre éruptive, etc., tantôt elle affecte le *type continu* et s'identifie avec la maladie dont elle constitue une *forme*. Ainsi les formes malignes des pyrexies, des maladies pestilentiellles et des maladies qui constituent une *classe intermédiaire* aux fièvres et aux maladies pestilentiellles : la diphthérie, l'érysipèle, la dysentérie, la grippe, etc.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON.

DE LA FORME PUTRIDE DE LA DIPHTHÉRIE,

SOMMAIRE : De la forme putride de la diphthérie. — Des paralysies prématurées. — L'élément spasmodique du croup nié par l'école de Bretonneau. — Observation. — La mort par syncope ne peut s'expliquer que par la paralysie diphthérique du cœur. — *Cyanure de mercure*. — Ses indications. — Il y a-t-il un traitement qui puisse prévenir la syncope. — Alimentation et ses difficultés. — Venins : *Lachesis*, *Vipera*, *Apis*, *Camphora*, *Agaricus muscarius*, *Belladonna*, *Arsenicum*. — Pneumonies et pleurésies par paralysies diphthéritiques des nerfs qui servent à la nutrition du poumon et de la plèvre.

L'enfant atteint de la *forme putride* de la diphthérie que vous avez vue dans une chambre particulière, vient de succomber très-rapidement après la disparition complète des fausses membranes et une amélioration qui nous avait fait espérer sa guérison. Ce fait n'est pas isolé dans l'histoire de la diphthérie, et je veux profiter de cet exemple pour étudier avec vous les accidents foudroyants qui, déconcertant la prévoyance des médecins et trompant l'espoir des familles, remplacent les espérances légitimes d'une guérison prochaine par la terrible réalité d'une mort subite et inattendue.

Vous entendrez répéter autour de vous que la mort, dans ces cas lamentables, est due à *l'empoisonnement diphthéritique*. Affranchissez vos esprits, je vous en conjure, de cette manie des solutions hypothétiques qui a tant nui à la médecine, et au lieu de vous contenter d'une métaphore, bonne tout au plus à égarer la thérapeutique, analysez avec moi les faits déjà trop nombreux de ces cas malheureux, et vous arriverez à vous con-

vaincre que ces terminaisons fatales sont toujours dues à une *paralysie diphthéritique prématurée*. Nous nous trouverons ainsi en face d'une réalité justifiable de la thérapeutique au lieu d'une métaphore creuse, qui ne peut conclure qu'après la recherche d'un *antidote* aussi problématique que l'est le *poison* diphthéritique lui-même.

Avant d'aborder l'histoire particulière de l'enfant qui fait le sujet de cette leçon, laissez moi vous rapporter un fait que j'ai observé en 1859 et qui m'a donné la signification véritable de certains accidents mortels de la diphthérie et du croup.

Un enfant de cinq ans, atteint de la forme commune du croup, avait été trachéotomisé après des accès de suffocation dont la violence allait croissante. Un calme absolu succéda à l'opération, et pendant vingt-quatre heures on put espérer une guérison, mais, à ce moment, et sans qu'il fut survenu aucune complication pulmonaire les accès de suffocation reparurent, la canule fut remplacée par une *canule-dilatateur*, qui donnait à la plaie de la trachée toute son amplitude, et ne permettait pas son obturation par des fausses membranes d'ailleurs absentes. Cependant, les accès de suffocation se rapprochaient et augmentaient de violence, et, symptôme caractéristique, tous étaient précédés de la *paralysie momentanée* de la paupière supérieure droite, tous s'accompagnaient du retrait du diaphragme pendant l'inspiration : l'enfant succombe le troisième jour, et une *paralysie prématurée* du diaphragme reste la seule explication possible de ces accès de suffocation survenant en l'absence de toute lésion pulmonaire et de tout obstacle à l'air dans la trachée. On peut dire, du reste, et pour rendre cette opinion incontestable, que la *paralysie*

prématurée de la paupière supérieure droite avait pour ainsi dire *signé* la nature paralytique des accidents.

A cette époque de l'histoire de la diphthérie, les esprits, dominés par les inspirations de Bretonneau, considéraient la suffocation dans le croup comme entièrement explicable par l'obstacle mécanique résultant de la présence des fausses membranes. Ce ne fut, du reste, ni la seule, ni la moins grave des erreurs d'un esprit passionné qui, à côté de qualités médicales incontestables, nous montre des défauts détestables. Bretonneau voulait remettre en faveur l'opération de la trachéotomie ; il appuya sa nécessité sur l'explication absurde, quand elle est exclusive, de la suffocation dans le croup par l'obstacle mécanique apporté par les fausses membranes. Toutes les autres causes de mort et de dyspnée furent comme non avenues, en sorte que, pour lui, comme pour Trousseau lui-même, tout le traitement de la diphthérie se trouvait résumé en un seul précepte : pratiquer la trachéotomie aussitôt que la diphthérie est constatée.

Nous sommes loin de cet enseignement, et les recherches contemporaines ont rendu aux *spasmes* des muscles de la glotte une légitime importance dans l'explication des accès de suffocation de la diphthérie laryngée, importance qui avait déjà été mise en relief par les médecins antérieurs à l'école de Tours.

Nous estimons, qu'en dehors de l'obstacle mécanique et du spasme de la glotte, il existe encore un autre élément de dyspnée et de suffocation dans le croup. Cet élément, c'est la *paralysie prématurée* des muscles de la glotte et du diaphragme. Nous avons déjà, dans l'*Art médical*, étudié cette question nous n'insisterons pas da

avantage en ce moment, nous nous bornerons dans cette leçon à l'étude de la *paralysie cardiaque prématurée* dans la diphthérie.

Voici d'abord l'observation détaillée de l'enfant qui fait l'objet de cette leçon.

OBS. LXXXVI. *Diphthérie*. — Mlle^{...}, âgée de 5 ans, a eu une petite sœur atteinte de diphthérie, et morte en quatre ou cinq jours.

Elle est tombée elle-même malade le vendredi 2 février 1877, quelques jours après la mort de sa sœur, avec fièvre, céphalalgie et mal de gorge. Avant de suivre le traitement homœopathique, elle a été cautérisée avec une solution de nitrate d'argent.

3^e jour. 4 février. Elle entre à l'hôpital le soir; elle se plaint et est en proie à une grande agitation. Les ganglions sous-maxillaires sont très-tuméfiés et douloureux. La gorge présente une immense plaque grise recouvrant tout le voile du palais, la luette et les amygdales; le nez n'a rien. La respiration se fait assez bien; l'haleine est fétide. L'enfant prend assez bien sa potion.

Prescription : Cyanure de merc. (2 tr.), 20 centigr. dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures.

4^e jour. 5 février. La nuit a été agitée; les ganglions augmentent et acquièrent la grosseur d'un œuf de dinde; les fausses membranes s'épaississent; constipation, pas d'urines. On a de la peine à lui faire accepter sa potion et sa nourriture.

Prescription : Cyanure de mercure (2 tr.) et apis

mellif (2 tr.), alternés toutes les demi-heures, lait, bouillon, vin.

5^e jour. 6 février. Même état d'aggravation ; râles muqueux, toux grasse ; écoulement nasal avec fausses membranes mélangées de sang ; agitation et angoisse extrême ; la face est pâle et bouffie avec teinte livide des lèvres ; la dyspnée est considérable mais toutefois sans accès de suffocation. Cependant je fais prévenir le D^r Tessier pour qu'il se trouve prêt à faire la trachéotomie.

Prescription : Cyanure de Mercure et arsenicum (2 tr.) alternés, une cuillerée toutes les demi-heures. Insister pour faire prendre du lait, du bouillon et du vin.

6^e jour. 7 février. Dans la journée quelques selles diarrhéiques ; urines revenues ; expulsion d'un lambeau de fausse membrane ; la tuméfaction des ganglions diminue ; le faciès est meilleur ; l'agitation moindre ; le mieux est évident. L'enfant a bu du vin blanc, du bouillon et du lait. Même prescription.

7^e jour. 8 février. La malade demande de la nourriture. L'analyse des urines faite pour la première fois donne une quantité notable d'albumine. Le soir : Voix et toux rauques, sifflement laryngotrachéal (pas très-considérable cependant). De temps en temps l'enfant se lève brusquement, mais elle n'a pas de forts accès de suffocation.

Prescription, idem.

8^e jour. 10 février. Les symptômes s'amendent ; expulsion d'une grosse fausse membrane, large et épaisse comme une pièce de cent sous.

Prescription, idem.

9^e jour. 11 février. Les fausses membranes ont entièrement disparu; les ganglions sont revenus à leur volume physiologique; la muqueuse de la gorge est très-rouge; déglutition douloureuse, les liquides passent par le nez. Elle appelle sa mère sans nécessité et sans cesse. Les pupilles sont légèrement dilatées. L'enfant prend très-peu de nourriture à cause de la douleur et de la paralysie du voile du palais. Les urines contiennent toujours de l'albumine. Même prescription.

10^e jour. 12 février. L'aspect général n'est pas mauvais; le matin, cependant, le pouls est très-faible; la nutrition est très-difficile. Lavements nutritifs, crèmes épaisses, phosphore (3 tr.) et china (3 tr.) alternés.

Dans la journée la malade s'affaiblit visiblement et meurt vers 4 heures sans secousses et sans asphyxie.

Le régime. — Pendant son séjour à l'hôpital, la malade a pris des bouillons, dans lesquels on mettait des œufs, du lait, du vin, des biscuits; on la nourrissait le plus que l'on pouvait.

La mort est survenue dans ce cas sans asphyxie, sans mouvement fébrile violent. La nutrition, bien que difficile, était certainement suffisante pour entretenir la vie. Peut-on expliquer la terminaison funeste par l'hypothèse d'un poison inconnu et dont les sources étaient taries depuis plus de quarante-huit heures, puisque toutes traces de fausses membranes avaient disparu deux jours avant la mort? Je trouve plus scientifique de s'en tenir à l'observation rigoureuse, qui nous montre l'action du cœur s'affaiblissant graduellement et s'éteignant le 10^e jour de la maladie; la paralysie du muscle cardiaque est évidemment de même nature et de même provenance que la paralysie des muscles du

pharynx. Point n'est besoin d'invoquer pour l'explication de ce symptôme la métaphore des poisons morbides, quand des dissections attentives ont permis de constater la dégénérescence des nerfs moteurs des muscles paralysés.

Mais voici un cas où la mort par syncope est plus évidente encore.

OBS. LXXXVII. — *Diphthérie putride*, mort le 14^e jour par syncope. Mlle H. L..., âgée de 8 ans.

Cette enfant, d'une bonne santé habituelle, et d'une forte constitution, fut prise de malaise et de céphalalgie le 17 mars. Le 18 elle eut de la fièvre et se plaignit de mal de gorge, mais ce ne fut que le dimanche que l'on constata une tache pseudo-membraneuse sur l'amygdale gauche.

Cette enfant, confiée aux soins d'un médecin distingué, fut traitée d'abord par des badigeonnages au jus de citron, puis, la diphthérie ayant envahi tout le pharynx et les fosses nasales, par des injections d'eau de chaux. On m'affirma qu'aucun médicament ne fut administré à l'intérieur.

Je fus appelé auprès de cette enfant le 22 mars (5^e jour de la maladie). Elle présentait l'état suivant : décubitus dorsal; somnolence; yeux demi-ouverts; face bouffie, luisante, un peu violacée; respiration peu accélérée, bruyante; la bouche ouverte. Des deux narines s'écoule un liquide grisâtre contenant des flocons de fausses membranes. Ce liquide produit une mousse par le mouvement de la respiration. La lèvre supérieure et les ailes du nez sont rouges et exulcérés. Le pharynx est occupé par une énorme fausse mem-

brane d'un blanc de lait, épaisse et très-adhérente; elle est plus développée à gauche, occupe tout l'isthme du gosier et la luette qui est confondue avec les piliers. Il n'y a point de fétidité marquée. A gauche, gros ganglion sous-maxillaire *dur comme du bois* et douloureux. A droite, ganglion beaucoup plus petit.

La fièvre est intense; le pouls à 116; les urines, troubles et pâles, sont peu abondantes, elles contiennent de l'albumine. L'enfant, tirée de son sommeil, a la voix forte, non enrouée, elle ne tousse pas; le larynx est donc indemne; grande répugnance à prendre des aliments. Je prescrivis : *cyanure de mercure* (3^e trit.) 20 centigr. dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures. Insister sur le bouillon, le lait et le vin.

23 mai, 6^e jour. Nuit assez bonne, même état du reste; mouvement fébrile rémittent, 90 le matin, 112 le soir. La fausse membrane n'a pas progressé. On a fait prendre du bouillon, du lait et du vin. Même traitement.

24 mai, 7^e jour. Nuit agitée; redoublements fébriles avec état grave; les fausses membranes exhalent une odeur douceâtre; les urines, pâles et troubles, contiennent de l'albumine; facies mauvais. Alternier toutes les heures le *cyanure de mercure* avec la potion suivante : *china* TM., 1 gramme; eau, 100 grammes.

25 mai, 8^e jour. Nuit plus calme. La malade a un meilleur aspect; la fausse membrane est la même. On nourrit l'enfant le plus qu'on peut. Même traitement.

26 mai, 9^e jour. Mieux peu marqué, mais incontestable; face moins tuméfiée; la fausse membrane me semble moins épaisse, ses bords s'ébarbent; la nuit a

été relativement bonne; les urines sont les mêmes.

27 mai, 10^e jour. Mieux. L'état général est bien meilleur; le sommeil est bon. L'enfant mange avec répugnance, mais elle ^{ne} prend pas mal d'aliments. La fausse membrane diminue comme un glaçon qui fond peu à peu. Le jetage des fosses nasales est moins abondant et ne produit plus de mousse. Deux selles diarrhéiques. Même traitement.

28 mai, 11^e jour. Le mieux continue; la muqueuse du pharynx et de la luette reparaît; elle est très-sensible, aussi la déglutition est-elle plus douloureuse que jamais. Diarrhée et quelques vomissements alimentaires. Le pouls reste à 100 soir et matin. Je continue *cyanure* alterné avec *arsenic*, à cause de la diarrhée et de l'albuminurie.

29 mai, 12^e jour. De mieux en mieux; à peine quelques traces de fausses membranes; l'enfant reste assise dans son lit; son facies est naturel; elle vomit de temps à autre ses aliments. Même traitement.

30 mai, 13^e jour. Le mieux continue; les fausses membranes disparaissent. L'enfant se lève cinq heures; elle mange deux huîtres et du bifteck; elle n'a plus de fièvre. Paralyse du voile du palais; la voix est nazonnée et les liquides reviennent par le nez; diarrhée; l'urine est toujours albumineuse. Même traitement.

31 mai, 14^e jour. L'enfant a passé une bonne nuit; le matin elle se plaint d'un peu de froid; elle s'assoit sur son lit pour se laver les mains; elle appelle la religieuse et s'écrie qu'elle n'y voit plus; quelques mouvements convulsifs se produisent dans les mains; elle retombe sur l'oreiller affreusement pâle; elle était morte.

Retenons de ce fait, au point de vue du pronostic,

la diarrhée et les vomissements alimentaires au début de la convalescence, la paralysie du voile du palais et la persistance de l'albuminurie.

La mère de cette enfant fut prise de diphthérie relativement bénigne, mais cependant avec albuminurie, le 12^e jour de la maladie de sa fille; et un petit frère, âgé de 5 ans, séparé de sa sœur et emmené à Epernay le 2^e jour de la maladie, fut néanmoins atteint le 2 avril, c'est-à-dire 15 jours après sa séparation, d'une diphthérie localisée sur la narine droite. Le D^r Couillaud constata la présence d'une fausse membrane grise et épaisse qui ne disparut qu'après huit jours de durée. L'enfant fut très-peu malade et ne présenta pas d'albuminurie. Le traitement employé par le D^r Couillaud fut l'usage, à l'intérieur, d'une solution bromurée et d'irrigations nasales avec l'eau de Labarraque étendue de dix fois son poids d'eau.

Je dis qu'on ne peut expliquer la mort rapide de l'enfant dont vous avez pu suivre la maladie dans nos salles, et la mort subite de celle dont je viens de rapporter l'histoire que par la paralysie cardiaque. La fièvre avait disparu chez l'une et considérablement diminué chez l'autre; on ne peut donc s'expliquer la mort par la violence du mouvement fébrile; l'alimentation bien qu'imparfaite à cause de la paralysie du pharynx étant néanmoins plus que suffisante pour entretenir la vie; on ne peut donc admettre ici une mort par inanition. Dire que ces malades ont succombé à la *malignité* de leur affection ou à l'*empoisonnement* diphthéritique, c'est se contenter d'une métaphore quand il s'agit de rechercher la succession et l'enchaînement véritable des phénomènes qui ont entraîné la mort; c'est du même coup renoncer

à toute thérapeutique positive pour se livrer aux médications antidotaires aussi fantaisistes qu'inefficaces.

Les recherches les plus récentes d'anatomie pathologique ont démontré que dans la paralysie diphthérique du voile du palais, il existait à la fois une altération des filets nerveux qui animent ce muscle et des fibres musculaires elles-mêmes. C'est une lésion analogue qui rend compte de l'état lypothymique et des syncopes mortelles dans la diphthérie. Dans cette maladie, comme dans la fièvre typhoïde, les fibres musculaires subissent la dégénérescence graisseuse et deviennent, quand cette lésion est très-prononcée, incapables de suffire à la contraction cardiaque.

Existe-t-il dans le système nerveux cardiaque une lésion analogue à celle que l'on a constatée dans les nerfs moteurs du voile du palais? cette question n'est pas encore résolue.

Le *cyanure de mercure* a été le médicament principal employé dans ces deux cas et on ne peut nier son efficacité dans la période d'état de la maladie. L'analyse des symptômes de ces deux observations vous montrera dans quel cas le médicament préconisé par Beck (de St-Petersbourg) est indiqué : fausses membranes épaisses, putrides, occupant toute la gorge et étendues aux fosses nasales ; gonflement ganglionnaire énorme et douloureux ; pâleur et tuméfaction luisante de la face ; état adynamique très-prononcé. Ces symptômes, qui caractérisent la forme la plus meurtrière de la diphthérie, existaient chez nos deux malades et ils ont cédé rapidement à l'action du cyanure de mercure. Mais, remarquez-le bien, messieurs, *l'amélioration ne s'est manifestée que le 4^e jour du traitement, le 6^e jour de la maladie chez*

l'enfant qui était à l'hôpital, puisque le cyanure avait été administré le 2^e jour au soir ; et le 8^e jour de la maladie, le 4^e jour du traitement, chez l'enfant de la ville, puisque j'avais été appelé seulement le 5^e jour de la maladie, et alors que le praticien éminent qui soignait cette enfant avait déclaré que tout était perdu.

Dans les cas graves insistez donc sans trêve sur le cyanure de mercure pendant au moins quatre jours, et rappelez-vous ce précepte, que je vous ai déjà donné bien des fois : c'est en persévérant dans une même médication que vous obtiendrez vos plus beaux succès. Si quelques indications surgissent et sont bien évidentes, essayez d'y satisfaire par le médicament demandé, mais continuez le médicament principal, le médicament de fonds ; et dans la diphthérie putride ce médicament c'est le cyanure de mercure.

Mais comment prévenir ces terminaisons mortelles, d'autant plus douloureuses qu'elles sont plus inattendues ? comment prévenir la syncope de la convalescence ? Sans doute le régime tonique et reconstituant, admis par toutes les écoles, est indiqué ici et doit certainement contribuer à rendre plus rare la mort par syncope dans la diphthérie ; mais tous les médecins qui ont quelque pratique savent avec quelle difficulté on alimente ce genre de malades.

C'est précisément dans les cas graves que l'on rencontre une répugnance invincible pour les aliments, une difficulté de la déglutition considérable par suite de la paralysie du voile du palais, en sorte qu'on a à redouter la mort par inanition et qu'on est obligé de nourrir les malades par la sonde œsophagienne. Comment,

dans ces tristes conditions, compter sur une alimentation reconstituante ?

La matière médicale nous offre un certain nombre de médicaments qui produisent l'état lypothymique et la syncope. Les plus importants sont les *venins* ; les piqures de serpent déterminant un état lypothymique et souvent la mort par syncope. *Lachesis*, *crotal*, *naja*, *vipera* et *apis mellifica* sont donc indiqués. En dehors des venins *camphora* est un des médicaments qui produit le plus sûrement l'état lypothymique. *Agaricus muscarius* et la *muscarine*, son principe actif, déterminent l'arrêt du cœur et la mort par syncope et l'*atropine* est le médicament le plus puissant pour réveiller l'action du muscle cardiaque chez les animaux empoisonnés par la muscarine. D'autres médicaments, comme le *phosphore* et l'*arsenic* amènent la dégénérescence du tissu musculaire du cœur et produisent des lypothymies et des syncopes.

La matière médicale nous offre donc de nombreux, je dirais volontiers de trop nombreux moyens de combattre la syncope ; mais avant que l'observation clinique nous ait enseigné quels sont ceux de ces moyens qui sont indiqués dans l'imminence de la syncope diphthérique, je crains que nous perdions encore bien des malades.

Ne pourrait-on pas rattacher aux accidents paralytiques suite de diphthérie, ces pneumonies et ces pleurésies habituellement symétriques qui surviennent en l'absence de toutes causes occasionnelles, et qui ne suscitent qu'une réaction insignifiante ? Rappelons-nous que, dans un certain nombre de cas, la section du pneumogastrique entraîne la congestion et même l'hépatisation

pulmonaire; qu'il est impossible d'expliquer ces faits par le reflux des aliments et des liquides stomacaux dans la trachée-artère puisqu'ils se produisent chez les animaux dont la trachée est liée sur un tube; que l'explication donnée par Claude Bernard qui veut que la congestion soit, dans ces cas, les résultats de l'embarras de la circulation, est une pure assertion. Rappelons encore que l'ablation du dernier ganglion cervical du grand sympathique détermine, dans certains cas aussi, une violente pleurésie avec épanchement, et nous serons autorisé à croire que la paralysie diphthéritique, quand elle atteint le grand sympathique ou le pneumogastrique, peut dans le premier cas être la cause des pleurésies survenant sans refroidissement dans la convalescence de la diphthérie et dans le second la cause des pneumonies développées dans les mêmes circonstances.

TRENTIÈME LEÇON.

DE L'ALBUMINURIE GRAVE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A RECHUTE.

SOMMAIRE : De l'albuminurie passagère. — Du mal de Bright consécutif. — De la néphrite albumineuse grave dans la fièvre typhoïde. — Observation : fièvre typhoïde prolongée, albuminurie grave ; parotide. — *Terebenthina*, guérison. — Observation : fièvre typhoïde prolongée ; albuminurie grave avec hématurie, *phosphori acidum* ; symptômes de méningite rachidienne, *sulfate de strychnine*, mouvement fébrile rémittent rebelle au sulfate de quinine ; guérison. — Fièvre typhoïde à rechute ; observation : Son caractère n'est pas celui du typhus à rechute. — Des accès pernicieux dans la fièvre typhoïde, leurs caractères. — Fièvre typhoïde sans fièvre.

Le malade, couché au n° 4 de la salle des hommes, vous a fourni un exemple de l'albuminurie grave dans la fièvre typhoïde ; c'est cette complication qui fera l'objet de notre leçon.

Une albuminurie passagère et peu intense s'observe très-fréquemment pendant la période d'état de la fièvre typhoïde. Cette altération des urines, due à un état congestif des reins, n'a aucune signification diagnostique, ou pronostique, elle ne conclut à aucune indication thérapeutique particulière. Ce n'est pas de cette albuminurie banale et commune à la plupart des maladies aiguës que j'ai l'intention de vous parler. Je laisserai aussi de côté, pour le moment, l'histoire de la néphrite parenchymateuse qui se développe quelquefois pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, et constitue une des origines de la maladie de Bright. Notre sujet sera plus limité ; nous étudierons aujourd'hui l'albuminurie

et l'hématurie liées à une néphrite parenchymateuse, dans le cours de la fièvre typhoïde. C'est une complication rare, mais d'un pronostic autrement grave ; puisque, dans un mémoire publié récemment (*Archives de médecine*, décembre 1876), MM. Le Groux, Hannot ont eu cinq morts sur cinq malades atteints de fièvre typhoïde compliquée de néphrite albuminurique. Nous n'avons observé que deux cas analogues, et ces deux cas, sous l'influence du traitement homœopathique, se sont terminés par la guérison.

Je vous rapporterai d'abord l'histoire d'une malade de la ville, chez laquelle l'albuminurie s'est manifestée dès le début, et avec une telle violence, qu'il y a eu, pendant quelques jours, hésitation sur le diagnostic. Un instant j'ai cru avoir affaire à une néphrite aiguë, et, pendant la période d'état, les symptômes de la néphrite, au lieu d'être couverts, et pour ainsi dire voilés par ceux de la fièvre typhoïde, se sont maintenus au premier plan ; en sorte qu'avec le mouvement fébrile, la stupeur, la tympanite, la diarrhée et la stomatite de la fièvre typhoïde, nous avons les urines et les œdèmes de la néphrite albumineuse.

OBSERVATION LXXXVIII. — *Fièvre typhoïde. — Albuminurie dès le début. — Anasarque albuminurique. — Hémorrhagie intestinale. — Parotide. Guérison.*

M^{me} D..., âgée de 25 ans, veuve et d'une santé déjà fort affaiblie par le chagrin et une métrite catarrhale chronique, tomba malade le 19 décembre 1876. La maladie débute par un véritable accès de fièvre : frissons, chaleur et sueurs ; accès qui se répéta en tierce. Les

21 et 23 mai, à partir de ce troisième accès, le mouvement fébrile ne cessa plus.

Le 24 décembre, 5^e jour. Ce jour, la chaleur fut à 39°,5 le matin, et à 40° le soir. La malade était tourmentée par la soif et par des envies de vomir continues; elle était déjà très-abattue. On prescrivit *ipéca*, 3^e tritur., dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Les jours suivants, jusqu'au 10^e jour, 28 décembre, l'état général fut à peu près le même : la chaleur à 39°,5 le matin, à 40°,42 le soir. Soif, nausées et sécheresse douloureuse de la langue. La diarrhée s'établit, et des taches typhoïdes abondantes se montrèrent sur le ventre; mais ce qu'il y eut de plus caractéristique, c'est que dès le 5^e jour, les urines étaient sanguinolentes et contenaient une très-grande quantité d'albumine. Ce symptôme était tellement marqué, que je crus d'abord à l'existence d'une néphrite aiguë. Je prescrivis *belladone*, 3, qui soulagea beaucoup les nausées et la soif; *cantharis*, 3, ne fut continué que vingt-quatre heures, parce qu'il ne modifia pas les urines, et qu'il laissa reparaître un état nauséux, très-pénible pour la malade. Bouillon et lait; eau vineuse.

Le 11^e jour, au matin, la température tomba de quelques dixièmes : 39°,2; mais, par contre, elle s'éleva, le soir, à 40°,5. L'état nauséux avait disparu, mais la diarrhée et le ballonnement du ventre avaient beaucoup augmenté; les urines présentaient les mêmes caractères, sang et albumine. La chaleur se maintenait à 39°,6 le matin, et 40°,5 le soir. La malade était agitée, abattue, anxieuse : elle prenait *arsenic*, 3^e trit., 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau; une cuillerée

toutes les deux heures. La chaleur étant mal supportée par la malade, je prescrivis des *lotions froides* avec eau vinaigrée, toutes les trois heures. La malade éprouva un grand sentiment de bien-être; cependant la température resta toujours la même jusqu'au 15^e jour, où elle baissa tout à coup à 38°; mais cette diminution dans la chaleur fébrile était due à une hémorrhagie intestinale, d'une intensité moyenne, et qui se prolongea pendant trois jours. *Phosphori acidum*, 3^e, puis 1^{re} dilution, arrêtèrent cet accident. La chaleur oscilla de 37°,5 à 39°, pendant cette hémorrhagie. On cessa les lotions froides, pendant ce temps. La stomatite était considérable; la malade se gargarisait sans cesse; la langue était desséchée, fendue et saignante; un enduit pultacé se développa sous les piliers du voile du palais.

Vers la fin de l'hémorrhagie intestinale le ventre se ballonna au point de gêner beaucoup la respiration; en même temps les selles furent suspendues. A ce moment je prescrivis *colocynthis* (T M) une goutte dans 125 grammes d'eau, alterné avec *phosphori acidum*, une cuillerée toutes les heures; ces deux médicaments eurent un heureux effet sur la tympanite et rétablirent les selles.

Le 20^e jour, la température étant remontée à 39°,5, je donnai 1 gramme de sulfate de quinine qui n'eut pas grand effet. La température resta à 38°,6 le matin, et 39°,5 le soir. La même dose de sulfate de quinine, répétée le 22^e jour, ramena la température à 38°, matin et soir.

Pendant tout ce temps, les urines continuent à être très-albumineuses, et, le 24^e jour, la température remonte tout à coup à 39°,5, puis à 40°, et une parotide se

déclare au côté gauche. En même temps, nous constatons un œdème considérable, siégeant aux reins, à la face, aux paupières et sous la conjonctive oculaire; *apium virus* et *cantharis* (3^e dil.) ne modifièrent en rien cet état. La parotide augmentait rapidement, la peau était violacée, et tout faisait craindre une terminaison par gangrène. Un chirurgien appelé en consultation, ne trouvant pas de fluctuation, ne jugea pas à propos d'intervenir.

Le 29^e jour la malade présentait l'état suivant : diarrhée incessante et quelquefois involontaire; ballonnement excessif du ventre, œdème croissant, urines sanguinolentes et albumineuses, pouls petit et fréquent, température oscillante de 40° à 40°,5.

Dans cet état grave nous prescrivons *terebinthina* (1^{er} au 10^e) trois gouttes dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures.

Sous l'influence de ce médicament l'amélioration fut très-rapide, le ballonnement du ventre tomba; les urines cessèrent de contenir du sang, tout en restant albumineuses; l'œdème disparut, la température ne dépassa pas 38°,5 matin et soir, et la parotide *sembla* se résoudre.

Pour la première fois le 34^e jour la température tomba à 37°,5 le matin, pour remonter, il est vrai, à 39° le soir. Mais, de ce moment, la maladie s'améliora graduellement et doucement chaque jour. La température descendait à 36° le matin; elle s'élevait à 38° le soir. A partir du 36^e jour la parotide se ramollit lentement et elle fut ouverte le 43^e jour de la maladie. L'albumine diminua progressivement et finit par disparaître vers le 20 février, c'est-à-dire le 70^e jour de la maladie. *Arse-*

nic, 3^e et 2^e trit., fut continué jusqu'à ce moment. Inutile d'ajouter qu'à partir du 34^e jour et surtout de l'ouverture de la parotide l'appétit, le sommeil et les forces firent d'incessants progrès.

Vous voyez donc, messieurs, que la néphrite parenchymateuse peut exister à titre de complication de la fièvre typhoïde absolument comme l'hépatisation pulmonaire et l'encéphalite circonscrite. Retenez aussi de cette observation l'action héroïque de la térébenthine contre l'hématurie avec diarrhée involontaire et ballonnement excessif du ventre.

Voici maintenant l'observation du malade couché au n^o 4, salle des hommes.

OBSERVATION LXXXIX. — *Fièvre typhoïde, forme prolongée; albuminurie; congestion rachidienne.*

M. P..., âgé de 18 ans, sellier, entré le 21 décembre 1876, sorti le 24 mars 1877 (salle des hommes, n^o 4).

Après quatre ou cinq jours de malaise, le dimanche 10 décembre 1876, le malade est pris de frissons avec céphalalgie, douleurs dans le ventre et épistaxis. Anorexie complète; diarrhée. Il prend le lit.

Quelques jours plus tard (il ne peut préciser), il tousse, est notablement sourd et délire un peu.

Le 21 décembre, 12^e jour de la maladie, il entre à la Maison Saint-Jacques.

Il n'a pris jusqu'ici que des tisanes.

A la visite du soir, température élevée (40°), pouls fréquent (120), grand abattement, anorexie, langu

très-sèche, fuliginosité, angine; douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite, peu de gargouillement; quelques taches rosées sur le ventre; surdité; la céphalalgie est un peu moindre; toux fréquente; bronchite.

Le 22 décembre, 13^e jour. Même état.

Prescription : *ipeca*, 6°, et *bryon.*, 6°. Ces médicaments sont continués jusqu'au 25.

Le 24 décembre, 15^e jour. Le facies est un peu meilleur, peu éveillé; la température un peu moindre (39°,2) le soir.

Le 26 décembre, 17^e jour. Hier soir, température, 40°.

Prescription : *arsenic*, 3°.

Le 27 décembre, 18^e jour. La diarrhée est toujours assez forte; état toujours stationnaire.

Prescription : *muriat. acid.*, 3°.

Le 29 décembre, 20^e jour. Rien de nouveau.

Prescription : *arsenic*, 3°, et *bryon.*, 3°, continués jusqu'au 4 janvier.

Le 30 décembre, 21^e jour. La fièvre, qui ne présentait pour ainsi dire pas de rémission le matin, a cédé un peu ce matin (38°,6). Le malade s'intéresse un peu à ce qui se passe autour de lui. Le soir cependant la température monte à 40°.

Le 31 décembre, 22^e jour. Nouvelle rémission le matin (38°,6); soir (39°,2).

Le 5 janvier, 27^e jour. La rémission matinale qui s'est établie depuis le 20^e jour s'accroît; l'écart de la température est plus grand. Le malade est encore prostré, il rêve; les gencives saignent, la toux est fréquente; l'enrouement (presque aphonie), qui dure depuis

l'entrée dans nos salles, persiste encore, avec le mal de gorge.

Prescription : *sulfate de quin.*, 50 centigr., continué jusqu'au 9 janvier.

Le 10 janvier, 32^e jour. Même état.

Prescription : *phosph.*, 12^e, à cause de l'aphonie et de la toux, continué jusqu'au 13.

La surdité semble un peu diminuée.

Le 13 janvier, 35^e jour. Depuis hier, l'écart entre la température du matin et celle du soir est considérable (2 degrés, 37° le matin, 39° le soir).

Prescription : *sulfate de quin.*, 75 centigr. pendant deux jours ; puis, le 15, 1 gramme, continué jusqu'au 17 janvier.

Le 18 janvier. Même état ; le sulfate de quinine à haute dose n'ayant en rien modifié le mouvement fébrile, on revient à *phosph.*, 12^e.

Le 19 janvier. Même état.

Prescription : *chin. sulf.*, 3^e trit., continué jusqu'au 21.

Le 21 janvier, 41^e jour. La voix revient un peu, la surdité diminue ; les gencives se nettoient ; l'appétit se fait sentir.

Le 22 janvier, 44^e jour. L'état général va mieux ; le malade a pu se lever dans la journée ; il a eu une épistaxis.

Prescription : *china*, 3^e trit., continué jusqu'au 25.

Le 26 janvier, 48^e jour. Le malade se plaint de douleurs qui l'empêchent de dormir. Ces douleurs siègent dans la moelle épinière en suivant la distribution des nerfs ; le mouvement fébrile intermittent continue (37° le matin, 39° le soir).

Prescription : *coloc.*, 1^{re}.

Le 27 janvier, 49^e jour. Prescription : *bellad.*, 3^e ; le 28 aussi.

Le 29 janvier, 51^e jour. Les douleurs spinales siègent principalement dans la région lombaire ; elles sont très-augmentées par la pression.

Prescription : *sulf. de strychn.*, 2^e trit., continué le 30.

Le 31 janvier, 53^e jour. Depuis deux ou trois jours, ce malade, dont les urines étaient albumineuses depuis le début, est pris d'hématurie abondante, en même temps que les épistaxis augmentent et que les gencives deviennent saignantes ; les urines précipitent abondamment par l'acide nitrique, et contiennent une grande quantité de sang.

Prescription : *térebent.*, 1^{re}, continuée jusqu'au 2 février. L'urine contient de l'albumine.

Le 3 février, 56^e jour. Même état.

Prescription : *phosph.*, 6^e, continué jusqu'au 5.

Le 6, on donne la 3^e jusqu'au 8.

Le 9 février, 62^e jour. Toujours douleurs spinales ; sang et albumine dans les urines ; le mouvement fébrile a cessé.

Prescription : *arsenic*, 3^e trit., jusqu'au 11.

Le 12 février, 63^e jour. Pas de grand changement. On prescrit *phosph. acid.*, 1^{re}, 10 gouttes.

Le 14 février, 67^e jour. Les urines sont moins teintées de sang ; moins d'albumine. Même prescription jusqu'au 18.

Le 19 février, 72^e jour. Il n'y a plus de sang dans les urines ; encore un peu d'albumine.

Prescription : *china*, 3^e.

Le 20 février, 73^e jour. Point d'hématurie, très-peu

d'albumine, mais recrudescence des douleurs rachiales.

Prescription : *sulf. de strychn.*, 2^e trit., continué jusqu'au 26.

Le 27 février, 80^e jour. Il n'y a plus d'albumine dans les urines ; la rachialgie est beaucoup diminuée ; mais il y a des douleurs rhumatoïdes dans plusieurs articulations (hanche, épaule).

Prescription : *chin. sulf.*, 1^{re} trit., continué jusqu'au 2 mars 1877.

Le 3 mars, 84^e jour. Les douleurs rhumatoïdes continuent.

Prescription : *rhus tox.*, 3^e trit., et *arsenic*, 3^e trit., continués jusqu'au jour du départ.

Les douleurs ont diminué progressivement, et le malade est parti le 24 mars complètement guéri.

Résumons en quelques mots la marche et les symptômes peu ordinaires qui ont marqué la dernière partie de cette forme excessivement longue, puisque le mouvement fébrile s'est prolongé pendant plus de dix semaines.

Après une chute considérable de la fièvre (37°,5), survenue le 34^e jour, le mouvement fébrile a pris, pour ne plus le quitter, un type intermittent quotidien des plus caractérisés (37° et même 36°,5 le matin, et 39° à 39°,5 le soir), sans que le *sulfate de quinine*, à haute et à petite dose (1 gramme par jour, puis aux 1^{res} triturations), ait pu couper, faire cesser pour un jour, ce mouvement fébrile.

Le 48^e jour, le malade a commencé à se plaindre de

douleurs qui ne l'ont guère quitté que le 80^e jour de sa maladie, et, le 51^e jour, des hématuries abondantes, accompagnées d'épistaxis et de diarrhée, se perpétuèrent jusqu'au 72^e jour et mirent en danger la vie du malade.

Revenons sur les caractères des douleurs éprouvées par le malade et sur son hématurie.

Les douleurs étaient *spinales*, c'est-à-dire qu'elles siégeaient sur le trajet de la colonne vertébrale et se propageaient, suivant le trajet des nerfs intercostaux et, un peu plus tard, sur le trajet des nerfs des bras et des cuisses; elles prédominaient tantôt dans la région dorsale, tantôt dans la région cervicale, tantôt dans la région lombaire. Les irradiations occupaient les parois de la poitrine, de l'abdomen ou des membres. La pression sur les apophyses épineuses aggravait beaucoup les douleurs : l'attouchement avec le bout du doigt sur la peau innervée par la région spinale où siégeait la congestion, arrachait des cris au malade ; une large et forte pression sur ces mêmes parties les diminuait au contraire.

Ces douleurs étaient continues, mais elles redoublaient chaque nuit et arrachaient des cris au malade, cris qui troublaient toute la salle et nous obligèrent de menacer le malheureux typhoïde d'une diète absolue s'il ne retenait pas ses cris.

Les urines de notre malade contenaient de l'albumine depuis son entrée dans nos salles ; mais à partir du 51^e jour, nous constatâmes une hématurie considérable. La *térébenthine*, dont vous avez pu apprécier l'efficacité dans l'observation précédente, ne nous donna qu'une amélioration insignifiante. *Phosphorus*, 6^e, puis 3^e, et *ar.*

senic, 3^e, furent sans effet. La diarrhée, qui s'était ajoutée aux autres symptômes, nous conduit à donner *phosphori acidum*, 1^{re}, 10 gouttes, le 65^e jour. Les symptômes s'améliorent dès le lendemain, et huit jours après, l'hématurie avait complètement disparu. Mais la *rachialgie* et ses expansions douloureuses s'étaient plutôt accrues ; elle fut sensiblement améliorée par *sulfate de strychnine*, 2^e trit., continuée pendant six jours. A ce moment, la rachialgie fut remplacée par des douleurs rhumatoïdes dans les principales articulations. *Chininum*, 1^{re} trit., puis *rhus toxicodendron*, 3^e, et *arsenicum*, 3^e, triomphèrent de ces derniers accidents.

Rappelons encore que le mouvement fébrile, après être descendu par échelon jusqu'au 37^o,6, le matin du 34^e jour, remonta brusquement le soir même jusqu'à 40^o, et présenta un type rémittent (39 degrés et 39^o,5 le soir, 36^o,6 et 37 degrés le matin) jusqu'au 60^e jour, où il cessa brusquement. Ajoutons que le *sulfate de quinine*, à toutes doses, échoua contre ce mouvement fébrile.

Dans ce cas, les symptômes de néphrite furent moins marqués que dans le cas précédent ; mais l'hématurie fut beaucoup plus abondante ; le malade perdait une grande quantité de sang. Aussi *phosphori acidum* fut le remède nécessaire.

Ce malade nous a de plus présenté un exemple fort rare de *congestion des méninges rachidiennes* d'une intensité excessive. Le *sulfate de strychnine* a été le remède principal de cette complication. Remarquons encore le mouvement fébrile intermittent persistant pendant les dernières semaines de cette fièvre typhoïde, nous avons déjà noté ce mouvement fébrile particulier dans l'obser-

vation précédente, et on l'a observé bien des fois, cette année, dans les *formes prolongées*.

Voici maintenant une observation de *fièvre typhoïde à rechute* qui nous offre plus d'un enseignement. C'est notre collègue et ami le Dr Gonnard qui a soigné cette malade pendant la première partie de sa maladie. Nous empruntons donc à sa *clinique* le commencement de cette observation.

OBSERVATION XC. — *Fièvre typhoïde à rechute. — Le second accès reproduit assez exactement le premier. — Accidents pernicieux pendant les deux accès.*

Marie H..., 26 ans, domestique, entrée le 18 octobre, au 7^e jour de la maladie. La diarrhée, la prostration, les taches, la fièvre, 40°,4, accusent nettement la maladie; la langue est large et humide. Typhomanie, soubresaut des tendons, front crispé : les questions plusieurs fois répétées finissent par obtenir des réponses très-nettes, et la malade se plaint toujours d'une céphalalgie violente.

8^e jour. Le 19, au matin, je prescriis *belladonna*, 6^e et *murialis acidum*, 6^e, alternés, et des lotions avec l'éponge imbibée d'une solution aqueuse de vinaigre aromatique au tiers : la chaleur cutanée est mordicante.

9^e jour, 20 octobre. Écart de température du soir au matin : 40° à 39°,5. Pouls à 98, plein, non dicrote; langue sèche à la pointe, sueur. Même prescription.

10^e jour, 21 octob. Hier soir la température dépassait 40°. Ce matin, la malade en plein délire, la tête ballottante, les membres tremblants, essaie de se lever pour s'en aller; la peau est glacée, la respiration haletante,

pouls insaisissable ; cet accès a commencé vers minuit. Prescription : 1 gramme de *sulfate de quinine*, aussitôt qu'il se produira une rémission. La rémission eut lieu vers le milieu du jour, la quinine fut donnée ; le lendemain 22, accès moins intense, toujours avec froid glacial et délire. Même prescription.

12^e jour. Le 23 au matin, agitation moindre, le pouls donne 120 pulsations ; les divagations peuvent être coupées par quelques réponses, accusant toujours une céphalalgie violente : la tête est affectée d'un balancement rythmique continu d'avant en arrière. Même prescription. Pendant cette crise de trois jours, l'inertie vésicale avait réclamé le cathétérisme.

13^e jour, 25 octobre. La tête ne se balance plus, le facies est plus calme ; la chaleur est tombée à 38°,4, le pouls plus ferme donne 102 pulsations. Céphalalgie, constipation ; resserrement des pupilles ; sueurs profuses. *Opium* 6^e.

26 octobre. 15^e jour de la maladie. De larges évacuations intestinales ont eu lieu la nuit précédente. La soirée avait été calme, la matinée est agitée, et les mains sont froides. *Sulf. de quin.*, 1 gramme.

16^e jour, 27 octobre. Même contraste entre le calme du soir et le désordre du matin, bien que l'agitation du matin soit moindre. *Sulf. de quin.*, 1 gramme.

19^e jour, 30 octobre. L'intelligence est beaucoup plus nette, bien que la céphalalgie persiste. Depuis trois jours le balancement rythmique de la tête a recommencé sans interruption. L'aspect général est meilleur. Chaleur 39°. *Arsenic*, 3^e trit., médicament continué sans désespérer pendant deux semaines.

22^e jour. 2 novembre. Le balancement de la tête s'ar-

rête, la vessie se vide d'elle-même avec un flux abondant. La malade demande du lait qu'on lui donne coupé d'eau. Le thermomètre monte encore le soir à 40°,4.

24^e jour, 4 novembre, le thermomètre est à 39°, le pouls à 108. La céphalalgie est moindre ; le sommeil est venu. Le malade, sur sa demande, prendra du bouillon au lieu de lait.

La malade fut alimentée avec une libéralité progressive, à mesure que le déclin de la fièvre, le retour du sommeil, les exigences de l'appétit le permirent.

Le 31^e jour de la maladie, le 11 novembre, le thermomètre descendait brusquement de 38°,8 à 37°. La maladie était au 31^e jour.

14 novembre. *China*, 3°.

13 novembre, 38^e jour, la malade amaigrit entrain en pleine convalescence, sans eschares ni abcès.

La malade était sans fièvre, mangeait bien, se levait dans les salles, pendant près d'une semaine ; puis sans causes appréciables la maladie se reproduisit. Voici l'histoire de ce second accès.

Le 25 novembre 1876. La malade s'étant trop fatiguée à marcher dans les salles, peut-être un écart de régime alimentaire, la fièvre reprend ; la température du soir est à 40°,1 ; le pouls 120.

On prescrit : *arsenic*, 3^e, et *bryon.*, 3^e, continué jusqu'au 30.

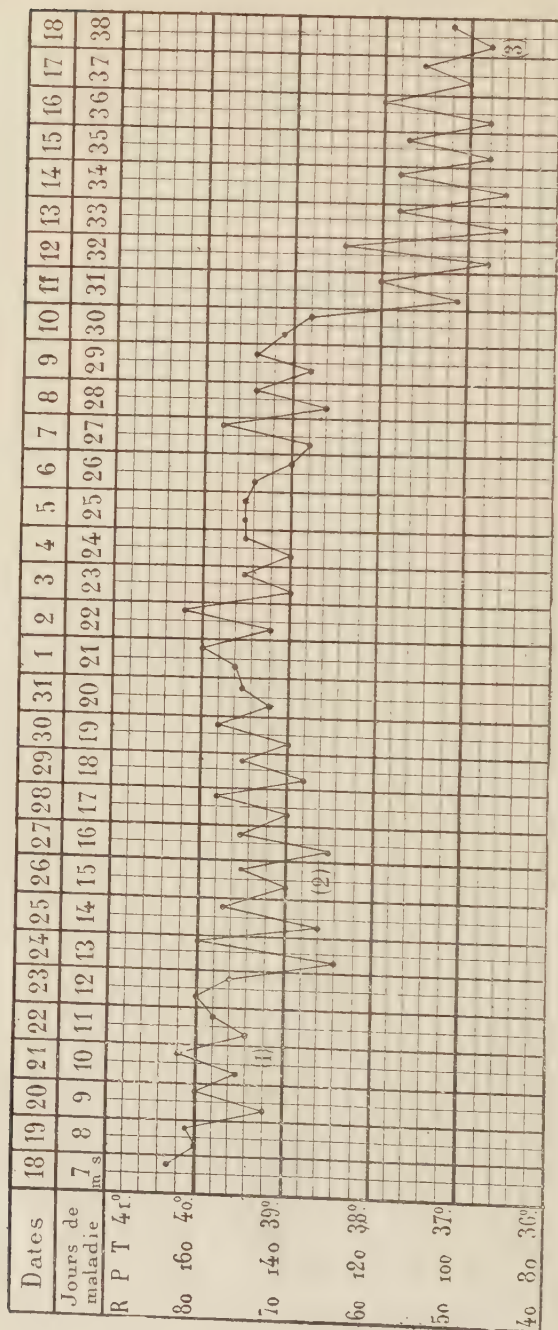
Les jours suivants la température se maintient élevée, sans rémission le matin.

Le 30 novembre (6^e jour de la rechute), la température du matin tombe à 38°,8 ; soir, 39°,8.

Le 1^{er} décembre, 7^e jour. Même rémission.

Prescription : *bellad.*, 3^e, et *arsenic*, 3^e.

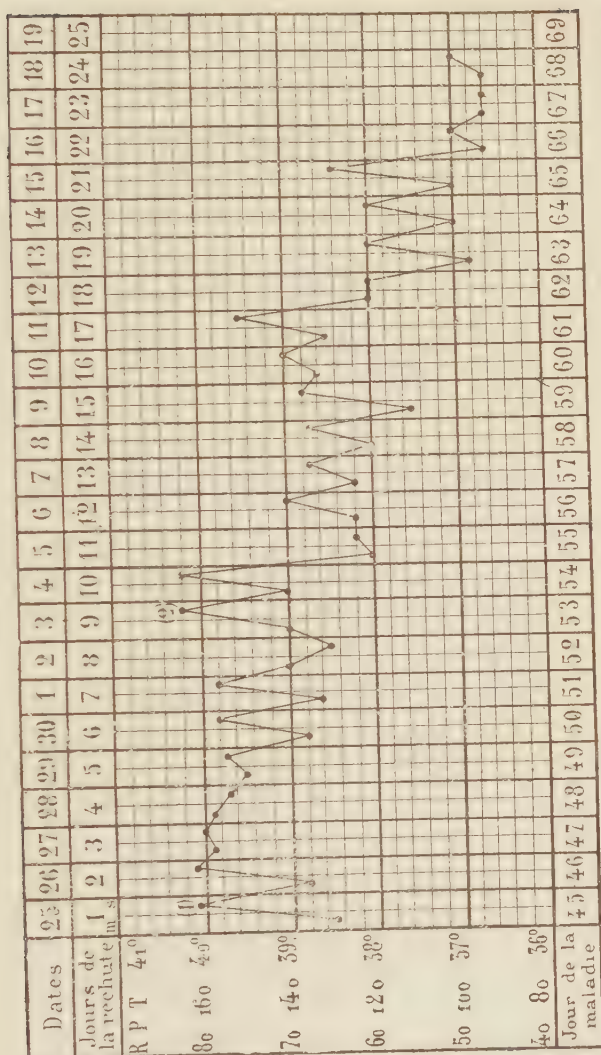
Fièvre typhoïde à rechutes. Observation XC. Premier accès.
 Octobre. Novembre.



(1) Accès pernicieux, sulfate de quinine, un gram. pendant trois jours.

(2) Encore quelques symptômes pernicieux, sulfate de quinine, un gram.

Suite du tracé précédent. 2^e accès.
 Novembre. Décembre.



(1) Début du second accès. —
 dose d'un gram. fut commencée le 11^e jour au matin et l'accès fut immédiatement coupé.

(2) Accès pernicieux. Le sulfate de quinine à la

Le 2 décembre, 8^e jour. Même état.

Prescription : *hyosciamus*, 3^e, continué le 3.

Le 3 décembre, 9^e jour. La température du soir monte à 40°,2; le matin, refroidissement; le soir, délire.

Le 4 décembre, 10^e jour. La température est comme hier; facies violacé; délire très-violent.

Le 5 décembre, 11^e jour. Depuis trois jours il se produit un accès dont le caractère pernicieux est marqué non-seulement par une différence de 1 degré et $\frac{3}{5}$, entre le soir et le matin, mais encore par le refroidissement des extrémités; la sueur froide, la teinte violacée et asphyxique de la face, un délire violent la nuit; nous n'hésitons pas à prescrire, dès la visite du matin : 1 gramme de *sulfate de quinine*. — Elle a déliré moins que la veille après la prise du médicament, et la température s'est à peine élevée de quelques dixièmes. On continue le sulfate de quinine jusqu'au 8 (4 jours).

Le 9 décembre, 14^e jour. Le délire a cessé ou du moins presque entièrement, la langue est moins sèche; la malade transpire abondamment.

Prescription : *china*, 3^e trit, continué le 10.

Le 11 décembre, 17^e jour. Rien à signaler de nouveau, si ce n'est que le soir la température est à 39°, 5.

Prescription : *carbo vegetabilis*, 12^e, continué le 13.

Le 14 décembre, 20^e jour. La malade s'écorche; il se forme une eschare.

On prescrit *lachesis*, 3^e trit., continué jusqu'au 17.

Le 17 décembre, 23^e jour. La malade va beaucoup mieux; plus de fièvre.

Prescription : *lachesis*, 12^e dil., continué jusqu'au 28.

Après un mois de convalescence passé dans les salles, la malade est partie vers le 22 janvier.

Elle prenait *china*, 3^e, puis 6^e.

Cette observation est pleine d'enseignement; c'est

d'abord un fort bel exemple de *fièvre typhoïde à rechute*, forme que tous les observateurs ont signalée comme fréquente dans l'épidémie 1876-77, et dont nous avons déjà publié des observations dans l'*Art médical*, en septembre 1863, sous le titre : *Des récidives de la fièvre typhoïde pendant la convalescence*. Le second point intéressant de cette observation, c'est l'apparition d'*accès pernicieux* au commencement du second septénaire, accès pernicieux qui s'étaient déjà présentés dans la première édition (si on nous permet cette expression) de la fièvre typhoïde. Revenons un instant sur ces deux points.

La *fièvre typhoïde à rechute* est une forme rare. Quoique Thierfelder ait rapporté huit observations de cette forme, nous croyons être les premiers à avoir signalé clairement sa signification en 1863, et nous avons publié deux observations à l'appui. Dans l'épidémie de cette année, les cas ont été plus fréquents, et on a pu arriver à préciser ses caractères, caractères que nous avons en partie indiqués dans notre première publication. Le mouvement fébrile recommence avec les mêmes caractères que la première fois ; le second accès présente un aspect très-analogue à celui du premier ; mêmes complications , mêmes accidents. Un coup d'œil jeté sur les *tracés* p. 536 et 537 vous convaincra de cette vérité. L'éruption de *taches rosées* se reproduit habituellement, et des autopsies faites dans les hôpitaux ont montré que la lésion intestinale reparaissait et parcourait de nouveau toutes ses périodes.

Le second accès est habituellement plus court et il se termine généralement par la guérison. Cependant les malades, épuisés par ce second assaut, succombent quelquefois. Enfin, on a observé quelques cas fort rares d'un

troisième accès semblable aux deux autres. Ces cas ont fait penser au *typhus à rechutes* ; mais cette idée doit être entièrement écartée, parce que les symptômes et les lésions de cette dernière maladie sont tout à fait différents de ceux de la fièvre typhoïde.

Je veux attirer votre attention sur les *accès pernicieux* dans la fièvre typhoïde. Remarquez d'abord qu'ils ne sont pas caractérisés uniquement par une différence de température, si considérable qu'elle soit, entre le matin et le soir. Ainsi le malade de l'observation LXXXIX a présenté un mouvement fébrile vraiment intermittent. Pendant près de trente jours, la chaleur s'éleva, le soir, à 39°, et descendait le matin à 37°, et cependant, malgré la gravité du pronostic, basée sur les signes d'une néphrite intense et d'une congestion rachidienne, jamais nous n'avons pensé à un état pernicieux. Vous avez vu du reste que les plus fortes doses de sulfate de quinine ont été sans action sur cet état. Qu'est-ce qui caractérise donc l'accès pernicieux, dans le cours d'une maladie en général et de la fièvre typhoïde en particulier ? C'est le retour, sous un type à peu près régulier, des symptômes de la *malignité*. Ainsi, chez notre malade, les accès étaient marqués non-seulement par la différence de plus d'un degré entre le matin et le soir, mais par l'apparition d'un refroidissement des extrémités avec sueurs froides, face violacée, asphyxique et délire violent. En même temps, le pouls était extrêmement petit et fréquent, la faiblesse excessive, et la malade était évidemment sous le coup d'une mort prochaine, par cessation des phénomènes chimiques de la respiration et par arrêt du cœur.

Dans ce cas, le sulfate de quinine est le médicament

indiqué en première ligne ; mais il ne faut pas, comme dans la rémittence bénigne qui survient souvent à la fin de la fièvre typhoïde, prescrire de petites doses. Non, c'est ici le cas des fortes doses, 1 gramme au moins pour un adulte. Vous répéterez cette dose plusieurs jours de suite, et vous la ferez prendre au malade pendant la rémission. Dans ce cas particulier, le médicament a été héroïque, c'est-à-dire que les accidents ont été immédiatement arrêtés pour ne plus revenir.

Une autre remarque encore à propos de cette observation de fièvre typhoïde à rechute : c'est au 10^e jour de la première attaque que se sont montrés les accès pernicieux, et c'est le 9^e jour qu'ils se sont montrés dans la seconde attaque, c'est-à-dire, dans les deux cas, au début du second septénaire. Ces accès pernicieux se sont manifestés par des symptômes semblables dans les deux cas, et dans les deux cas aussi ils ont cédé rapidement au sulfate de quinine ; seulement ils ont été manifestation moins violents pendant la rechute. Nous avons donc raison de dire que la rechute était *habituellement* la répétition en moins de la première attaque.

Pour terminer cette histoire de l'épidémie de fièvre typhoïde 1876-1877, je dois attirer votre attention sur l'existence d'une *forme fruste*, comme aurait dit Trousseau, et dans laquelle j'ai constaté à l'aide du thermomètre l'absence complète de fièvre. Ces faits se sont présentés à moi dans la pratique privée.

On objectera qu'il est absurde d'appeler fièvre typhoïde un cas pathologique dans lequel précisément la fièvre fait défaut. Je réponds à cette objection que tous les médecins ont observé des rougeoles et des scarlati-

nes sans fièvre. Pourquoi la fièvre typhoïde ne présenterait-elle pas une forme analogue?

Ces cas pathologiques survenant pendant l'épidémie de fièvre typhoïde ont été caractérisés par des malaises, de la courbature, de l'inappétence, une langue saburrale, quelquefois de la diarrhée ou de la toux, de l'insomnie, de la céphalalgie et une durée d'au moins deux septénaires.

Je n'hésite pas à considérer ces malades comme atteints de fièvre typhoïde extrêmement bénigne.

FIN.

ERRATA

Page 169. Observation XXX, lisez XXXIX,

Page 173. Observation XXXI, lisez XXXX,

Page 302. Observation L, lisez LVI,

Page 336 passe à 353 par erreur de pagination.

Page 400. C'est par une erreur de rédaction que la *Synoque* est rangée parmi les maladies fébriles sans alternative matutinale et vespertine, comme la pneumonie et la variole. L'ascension thermique de la synoque est brusque, rapide et obtient son summum en quelques heures, mais le mouvement fébrile marche sous le type rémittent.

Page 468, vingt-septième leçon, lisez vingt-sixième.

TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	VII
PREMIÈRE LEÇON. — De la clinique. — De l'homœopathie et de sa place dans la thérapeutique. — Du rôle légitime de l'empirisme et de la médication palliative.....	1
DEUXIÈME LEÇON. — Asthme, observation ; de l'emphysème <i>transitoire</i> et de l'emphysème <i>définitif</i> ; indications de l' <i>ipéca</i> dans l'asthme. — Pleurésie puerpérale suivie de phthisie ; indications de <i>cantharis</i> et d' <i>arsenic</i> . — Névralgie chlorotique ; indications de <i>belladonna</i> . — Bronchite ; indications d' <i>ipéca</i> et de <i>bryonia</i> . — Ascite ; observation ; diagnostic différentiel ; indications d' <i>apis</i> , <i>iodium</i> , <i>arsenicum</i> , <i>prunus spinosa</i> ; bons effets de <i>china</i> . — Endocardite rhumatismale ; aggravation par <i>cactus</i>	9
TROISIÈME LEÇON. — Endocardite rhumatismale (suite) ; observation ; indication de <i>cactus grandiflora</i> . — Des aggravations médicamenteuses. — Indications d' <i>arsenic</i> , de <i>nux vomica</i> et de <i>cuprum</i> dans le traitement de l'asthme. — Asthme, observation (suite). — Pleurésie, puis phthisie, suite de couches ; observation. — Phthisie au début ; guérison par <i>bryonia</i> et <i>régime maigre</i> . — Valeur sémiotique de la douleur des espaces intercostaux supérieurs. — Pemphigus ; observation ; indications de <i>rhus toxicodendron</i> et <i>cantharis</i> . — Lumbago ; observation ; indications d' <i>actæa racemosa</i> . — Angine érythémateuse ; observation ; indications de <i>belladonna</i> .	29
QUATRIÈME LEÇON. — Des signes de l'emphysème ; Louis et l'école numérique. — Indications des <i>antimoniaux</i> dans le traitement de l'asthme. — Ménorrhagie <i>hamamelis</i> . — La pneumonie lobulaire est une <i>bronchite grave</i> . — Rhumatisme articulaire et endo-péricardite ; observation (suite), évolution et modification des lésions cardiaques démontrées par le sphygmographe. Aggravation par le <i>cactus</i> ; heureux effets de le <i>spigelia</i> . — Pleurésie suivie de phthisie ; observation ; <i>régime maigre</i> ; indications de <i>iodium</i> ,	

- arsenicum*. — Tumeur blanche ; indications d'*argentum* dans les affections scrofuleuses des os. — Fièvre typhoïde bénigne ; observations, indications de *bryonia* et *china*. — Inconvénients des diagnostics fantaisistes. — Le traitement homœopathique peut abréger la durée des maladies cycliques..... 37
- CINQUIÈME LEÇON. — De la suspension du médicament dans le traitement des maladies chroniques et de la répétition des doses. — Mouvement fébrile intermittent chez une hystérique ; un effet de *tarentula*. — Phthisie laryngée ; *phosphorus* et *argentum*. — Hystérie ; vomissement nerveux ; observation ; indications de : *nux vomica*, *ipéca*, *ferrum*, *bryonia*, *pulsatilla*. — Bronchite grave, observation ; *ipéca* et *bryone* puis *tartarus emeticus* ; guérison. — Névralgie intercostale ; observation ; indications de *bryonia* et de *nux vomica*..... 50
- SIXIÈME LEÇON. — Hystérie ; 1^{re} observation, indications de *tarentula*, *belladonna*, *hamamelis*, *hydrothérapie* ; 2^e observation, délire hystérique et *belladonna*. — Les maladies chroniques ne guérissent pas ; les affections seules guérissent. — Asthme, observation ; indications de l'*arsenic*..... 60
- SEPTIÈME LEÇON. — Phthisie, indications de *sulfur* et d'*iodium*. — De la dualité de la phthisie. — De la dysentérie, indications de *mercurius solubilis* et *corrosivus*, *ipéca*, *arsenic*, *phosphorus*, *colocynthis*, *secale cornutum* ; observation. — Pneumonie bénigne ; observation ; le premier degré de la pneumonie est déjà de l'hépatisation. — Ascite ; observation (suite et fin)..... 70
- HUITIÈME LEÇON. — Néphrite interstitielle ; observation. — Diagnostique ; indications d'*arsenic*, *phosphori acidum*, *belladonna*, *cantharis* et *plumbum* dans l'albuminurie. — De la certitude en thérapeutique. — Phthisie puerpérale ; grande amélioration ; indications de *phosphorus*, *sulfur* et *drosera*. — Régime maigre..... 86
- NEUVIÈME LEÇON. — Rhumatisme articulaire aigu ; indications de *chininum sulfuricum*, *china*, *aconit*, *mercurius*, *bryonia*. — Endocardite rhumatismale chronique ; observation ; nouvel exemple d'aggravation médicamenteuse ; *cactus*, *aconit*. — Indications d'*aconit*, *pulsatilla* et *ipéca* dans la rougeole ; *ipéca* et *bryone* dans la bronchite grave de la rougeole. — Hystérie et bromure de *potassium*. — Asthme et la médication iodée. — Aortite chronique ; observation. — Indications de *nux vomica*, *bryonia* et *arseniate d'antimoine*... 94
- DIXIÈME LEÇON. — Ulcère simple de l'estomac ; observation ; indications de *nux vomica*, *arsenicum* et *argentum nitricum*. — Pneumonie du sommet ; observation ; *bryone* et *phosphore*, *tartarus emeticus* ; traitement de la pneumonie. — Histoire de l'introduc-

tion de l'homœopathie dans les hôpitaux de Paris; Tessier; ses dénonciateurs; rapport et statistique favorables de M. Davaine. — L'expectation et le traitement homœopathique dans la pneumonie. Sciatique; observation; indications de *Bryonia*, *rhus toxicodendron*, *colocynthis*, *arsenicum*, *belladonna*, et *chamomilla*, *nux vomica*, *sulfur veratrum*. — Phthisie, forme commune; observations; indications de *bryonia* et *drosera*. — Du choix de la dose..... 106

ONZIÈME LEÇON. — Fièvre typhoïde? Indications d'arsenic. — Phthisie et chlorose; indications de *bryone* et de *sepia*. — Du fer dans la phthisie. — Bains de mer dans la phthisie. — *Aortite chronique*, forme commune et forme douloureuse ou *angine de poitrine*; description de l'aortite chronique; observations. — Angine de poitrine; observations..... 122

DOUZIÈME LEÇON. — Fièvre typhoïde? observation. — Asthme, observation, indication de *bryone*. Asthme et névralgie trifaciale, observations. — Du choix de la dose en homœopathie..... 154

TREIZIÈME LEÇON. — Croup; indication de la trachéotomie; observation. — Phthisie en voie de guérison; observation. — Du régime maigre dans la phthisie. — Règle pour le choix des médicaments. — De l'individualisation..... 169

QUATORZIÈME LEÇON. — Du médicament. — Matière médicale pure. — Des indications. — Exemples. — Observation d'abcès du foie. — Indications de l'ouverture de ces abcès. — Observation de pleurésie chronique. — Indications de la thoracentèse. — Suppuration de l'épanchement après la ponction faite avec l'appareil de Dieulafoy. — Des abus de la thoracenthèse. — Indications de l'empyème. — Loi des contraires. — Loi des semblables..... 187

QUINZIÈME LEÇON. — De l'hémoptysie. — Observations. — Qu'est-ce que l'hémoptysie? Diagnostic différentiel de l'hémoptysie, de l'hématémèse et de l'épistaxis. — Des variétés de l'hémoptysie et de leur valeur séméiotique. — Des indications thérapeutiques tirées de l'hémoptysie; ligature des membres; glace et froid; *aconitum*, *arnica*, *millefolium*, *Ledum palustre*, *ferrum perchloricum*, *ipéca*, *phosphorus*, *hamamelis*, *nux vomica*. — Du traitement allopathique de l'hémoptysie. — L'hémoptysie n'est jamais cause de phthisie; erreur de Niemeyer..... 204

SEIZIÈME LEÇON. — Hémorrhôïdes; observation. — Les hémorrhôïdes sont-elles seulement des varices, des veines hémorroïdales, ou constituent-elles une maladie? — Rapport de l'affection hémorroïdaire et de la goutte. — Hémorroïdes avec grandes hémorrhagies. — Indications de *nux vomica*, *sulfur*, *æsculus hypocasta-*

neum, hamamelis, mille folium, ferrum perchlorcum, aloès, acides phosphorique et muriatique, arsenic, carbo vegetabilis, capsicum, collinsonia, sedum ucre..... 223

DIX-SEPTIÈME LEÇON. — De la gastrite chronique. — Observations. — Les doses varient avec les maladies. — Broussais et la gastrite. — La fièvre typhoïde. — J. Davasse et la réforme pyrétologique. — Ecole allemande et confusion. — Distinction de la gastrite chronique, de la dyspepsie et la gastralgie. — Traitement de ces trois affections. — Les médicaments correspondent à un organe souffrant plutôt qu'à une maladie. — Indications générales et indications spéciales des médicaments dans la gastrite, la dyspepsie et la gastralgie. *Nux vomica*. — *Ignatia*. — *Carbo vegetabilis*. — *Cocculus*. — *Arsenicum*. — *Lycopodium*. — *Sulfur*. — *Pulsatilla*. — *Plumbum*. — *Chamomilla*. — *Belladonna*. — *Veratrum*. *Graphites*; association de *nux vomica* et *graphites*. — Observation de dyspepsie chlorotique..... 237

DIX-HUITIÈME LEÇON. — Congestion chronique du foie. — Observation. — Ce que c'est que la congestion chronique du foie; les maladies dans lesquelles on l'observe. — Ses symptômes. — Séméiotique sur le matité hépatique. — Gravité de la congestion chronique du foie. — Indications du *vipera* et du *nux vomica*. — Hypochondrie. — Observation. Indications du *nux vomica* et *aurum*. 261

DIX-NEUVIÈME LEÇON. — L'ophtalmie scrofuleuse est une affection; elle présente trois degrés. — La blépharite. — Indications de *precipitatum rubrum*, *euphrasia*, *senega*, *calcarea carbonica*, *hepar sulfuris*, *digitalis*. — Orgeolet. — Indications de *pulsatilla*, *staphysaigre*, *silicea*. — Inflammation des voies lacrymales. — Indications de *silicea* et *calcarea carbonica*. — Conjonctivites scrofuleuses. — Indications d'*ipecca*, *belladonna*, *euphrasia*. — Kératite scrofuleuse. — Indications d'*ipecca* et *apis*. — Observations. — Lupus scrofuleux du pharynx. — Indications d'*hepar sulfuris*, *arsenicum*, *opium*. — Phthisie pulmonaire. — Deux observations..... 275

VINGTIÈME LEÇON. — Pelvi-péritonite et hématoçèle péri-utérine. Observation de pelvi-péritonite suppurée. — Description de la pelvi-péritonite. — Ses formes. — Diagnostic différentiel avec les phlegmons du ligament large et ceux de la fosse iliaque. — Traitement. — *Aconit*. — M. Gubler. — *China*. — *Colocynthis*. — Observation. — *Cantharis*. — *Lachesis*. — *Silicea*. — *Arsenic*. — Traitement des ménorrhagies. — Eaux minérales. — Médication palliative. — Soins hygiéniques..... 302

VINGT ET UNIÈME LEÇON. — Hématoçèle et pseudo-hématoçèle. —

Hématocèle par rupture. — Hématocèle par rétention. — Hémorrhagie vicariante. — Observation. — Hématocèle ménorrhagique. — Observation. — Diagnostic différentiel avec la pelvi-péritonite, avec les corps fibreux. — Observation. Traitement, *aconit, coloquinte, arnica, belladone, digitalis*..... 330

VINGT-DEUXIÈME LEÇON. — Eczéma. — Définition. C'est une *affection*. — Eczéma rubrum (pseudo-exanthématique) fendillé. — — Siége. — Eczéma scrofuleux. — Observation. — Eczéma dartreux. — Observation. — Eczéma arthritique. — Observation. — Traitement. — *Rhus toxicodendron* et *vernix*, pathogénésie, indications. — *Cantharis*. — *Arsenic*. — Observation. *Plumbago*. — *Mezereum*. — *Dulcamara*. — *Viola tricolor*. — *Sepia*. — *Sulfur*. — Eaux minérales. — Traitement externe..... 367

VINGT-TROISIÈME LEÇON. — *Fièvre typhoïde, forme bénigne*. Observation. — *Forme commune*. Observation. Diagnostic de la fièvre typhoïde; prodromes, tracés thermiques dans la fièvre typhoïde, la synoque, la variole, la pneumonie, la phthisie aiguë. — Avantage des tracés thermiques : image saisissante de l'ensemble de la maladie; valeur diagnostique, confirmation de la doctrine des jours critiques. — Fièvres bilieuses, fièvres muqueuses, sont des erreurs nosologiques. Le *catarrhe aigu de l'estomac* n'est que l'ancienne théorie de la *gastrite* universelle de Broussais. — Les prétendus symptômes gastriques sont des symptômes de *stomatite*, affection banale et commune aux maladies les plus diverses. — *Forme commune prolongée*. Observation. — Importance de la forme commune prolongée. — Des formes de la fièvre typhoïde. — Importance clinique de cette question. — Nécessité du diagnostic de la forme, même pour le médecin homœopathe. — Traitement. *Belladone*, *acides muriatique* et *phosphorique*. — *Arsenic*. — *Ipéca*. — *Aconit*. — *Chinicum sulfuricum*. — *Baptisia*. — Les maladies ne se jugulent pas. — Régime. — Méningo-encéphalite de la fièvre typhoïde..... 390

VINGT-QUATRIÈME LEÇON. — De la pneumonie. — Observation. — Terminaison rapide de la maladie. — Absence de défervescence. — Difficulté du diagnostic; son importance. — De l'individualisation et de la cure du nom. — *Arsenic* et *tartarus*. — Observation de pneumonie; absence des signes habituels de la pneumonie; pas de défervescence. — Jours critiques. — Nécessité d'ausculter tous les fébricitants. — De l'expectation; erreur et mensonge de la statistique. — Les prétendus succès d'Hughes Bennet..... 429

VINGT-CINQUIÈME LEÇON. — Rhumatisme (suite, voir les leçons 3^e,

- 4°, 5° et 9°). Observation de rhumatisme avec endocardite. Insuffisance aortique. — Deux bruits dans l'artère curale. Comment distinguer le bruit diastolique du bruit systolique. Théorie et pratique. — Science et art. — Théorie des deux bruits artériels dans l'insuffisance. — Rhumatisme mono-articulaire. — Bons effets de *china*. — Rhumatisme articulaire. — Rétrécissement. — mitral. — Hémoptysie. — Observation. — *Millefolium*. — De quelques accidents rares dans le rhumatisme articulaire. — *Hématurie*. — Observation. — *Hamamelis* et *Spigelia*. — Rhumatisme spinal. — Observation. — Myélite aiguë parenchymateuse des cordons gris antérieurs rhumatismale. — *Plumbum*. 445
- VINGT-SIXIÈME LEÇON. — Kératite scrofuleuse. — Observation. — *Apis mellifera* et *apium virus*. — Rhumatisme articulaire aigu terminé par une tumeur blanche. — Observation. — *L'accident commun*. — *Sal Croisici*. 468
- VINGT-SEPTIÈME LEÇON. — Hydarthrose. — Observation. — *Iodium*. Diagnostic de l'hydarthrose. — Hydarthrose aiguë. — Observation. — *Apium virus*. — Hydarthrose périodique. — Deux observations. — Bains d'eaux mères du Croisic. — Asthmes avec vertige épileptiforme. — Observation. — *Arsenic*. — Hémoptysie dans l'asthme. — Observation. — *Arsenic et noir vomique*. 476
- VINGT-HUITIÈME LEÇON. — Du vaginisme. — Observation. — Traitement. — Les chirurgiens français et Marion Sims. — Variole hémorrhagique. — Influence de la vaccination sur la période de suppuration; illusions thérapeutiques qui en découlent. — Observation. — Le *rash hémorrhagique* et le *rash scarlatineux-phosphorus*. — Variole hémorrhagique sans fréquence du pouls. — Malignité — Mort. — Observation. 491
- VINGT-NEUVIÈME LEÇON. — De la forme putride de la diphthérie. — Des paralysies prématurées. — L'élément spasmodique du croup nié par l'école de Bretonneau. — Observation. — La mort par syncope ne peut s'expliquer que par la paralysie diphthérique du cœur. — *Cyanure de mercure*. — Ses indications. — Y a-t-il un traitement qui puisse prévenir la syncope? — Alimentation et ses difficultés. — Venins: *Lachesis*, *Vipera*, *Apis*, *Camphora*, *Agaricus muscarius*, *Belladonna*, *Arsenicum*. — *Pneumonies et pleurésies* par paralysies diphthériques des nerfs qui servent à la nutrition du poulmon et de la plèvre. 506
- TRENTIÈME LEÇON. — De l'albuminurie grave dans la fièvre typhoïde et de la fièvre typhoïde à rechute. — De l'albuminurie passagère. — Du mal de Bright consécutif. — De la néphrite albumi-

neuse grave dans la fièvre typhoïde. — Observation : fièvre typhoïde prolongée, albuminurie grave ; parotide. — <i>Terebenthina</i> , guérison. — Observation : fièvre typhoïde prolongée ; albuminurie grave avec hématurie, <i>phosphori acidum</i> ; symptôme de méningite rachidienne, <i>sulfate de strychnine</i> , mouvement fébrile rémittent rebelle au sulfate de quinquina, guérison. — Fièvre typhoïde à rechute ; observation : Son caractère n'est pas le typhus à rechute. — Des accès pernicieux dans la fièvre typhoïde, ses caractères. — Fièvre typhoïde sans fièvre.....	521
Errata.....	543
Table des matières.....	544
Table alphabétique.....	547

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

Accident commun, 474.
 Aconit, 15, 96, 99, 100, 211, 314, 325, 366, 418.
 Aconitine (pathogénésie), 316.
 Asculus hypocastaneum, 233.
 Affection, 78.
 Agaricus muscarius, 519.
 Aggravation médicamenteuse, 25.
 Albuminurie grave dans la fièvre typhoïde, 521, 526.
 Angine, Observation, 35.
 Angine de poitrine, 150.
 Aortite chronique. Observations, 102, 136, 141, 144, 148, 150, 151.
 Apium virus, 296, 470, 478, 479.
 Apis mellifica, 283, 470 519.
 Argentum, 47, 108.
 Arnica, 217, 366.
 Arseniate d'antimoine, 39.
 Arsenic, 26, 67, 80, 89, 108, 156, 235, 252, 289, 279, 323, 327, 328, 380, 417, 433, 488, 59.
 Ascite. Observation, 16, 84.
 Asthme. Observations, 9, 27, 68, 156, 159, 160, 162, 482, 488.
 Aurum, 273.

B

Baptisia tinctoria, 419.
 Belladone, 14, 89, 118, 257, 280, 416.
 Blépharite scrofuleuse, pathologie et traitement, 276.
 Borax, 235.
 Bromure de potassium, 101
 Bronchite grave ou capillaire, 40.
 Observation, 50.
 Bryonia, 97, 117, 123, 156, 161, 418.

C

Cactus grandiflora, 19, 24, 45, 99.
 Camphora, 519
 Cantharis, 13, 366, 380, 89, 324.
 Carbo vegetabilis, 235, 250.
 Certitude en thérapeutique, 89,
 Chamomille, 118, 257.
 Croup. Observation, 169. — Diagnostic, 171.
 China, 57, 97, 251, 325, 327, 455.
 Chininum sulf., 24, 96, 325, 418, 541.
 Choix du médicament, 180.

Clinique, définition, 61.
 Coccus, 251.
 Collapsus dans le poumon, 111.
 Collinsonia, 235.
 Colocynthis, 118, 319, 323, 366.
 Conjonctivite scrofuleuse, pathologie et traitement, 279.
 Cuprum, 27, 156.
 Contraria contrariis, 200.
 Cyanure de mercure, 517, 172.

D

Diadema, 273.
 Digitalis, 278, 366.
 Diphthérie. Observation, 510, 513. — Pronostic, 515. — Mort par paralysie cardiaque, 516. — Pneumonie et pleurésie paralytique, 519. — Paralysie prématurée, 508. — Élément spasmodique et paralytique, 509.
 Dose, 119, 163.
 Drosera, 89, 118.
 Dulcamara, 384.
 Dysentérie, 79. Observation, 81.
 Dyspepsie, 245. Observation, 258.

E

Eaux mères, 482.
 Eczema. Pathologie, 367. — Observations, 372, 374, 381, 386. — Traitement, 378.
 Emphysème définitif, 11, 38.
 Emphysème transitoire, 10, 38.
 Empirisme, 67.
 Endocardite, pathologie, diagnostic, 450. — Observation, 97.
 Erreur de traitement, 6.
 Estomac (catarrhe aigu), 405.
 Euphrasia, 278, 280.
 Expérience clinique, 184.

F

Ferrum perchloricum, 234.
 Fièvres bilieuses, 49, 404.
 Fièvres muqueuses, 49, 404.
 Fièvre typhoïde. Observation, 48, 154, 391, 393, 407, 522, 526, 533. — Diagnostic, 397. — Marche, 402. — Durée, 403. — Il n'y a que trois fièvres continues, 404. — Des formes, 412. — Traitement, 416. —

- Régime, 422. — Congestion spinale, 531. — Accès pernieux, 539. — Fièvre typhoïde sans fièvre, 541. — Fièvre typhoïde, à rechute, pathologie, 537.
- Foie (abcès). Observation, 190. — (Congestion). Observation, 262. pathologie, 264.
- G
- Gastralgie, 246.
- Gastrite. Observation, 237, 339. — Description, 243, 246.
- Graphite, 257.
- H
- Hamamelis, 234, 462.
- Hématurie dans les rhumatismes, 461.
- Hématocèle péri-utérine, pathologie, 330. — Diagnostic, 357, 363. — Traitement, 365. — Observation, 336, 355, 560.
- Hémoptysie. Observation, 204, 207. — dans l'asthme, 484. — Diagnostic, 209. — Description, 213. — Traitement, 215.
- Hémorrhoides. Observation, 223. — Description, 225.
- De l'homœopathie, 2. — Son introduction dans les hôpitaux, 113.
- Hydarthrose. Observations, 476, 478, 480, 481. — Diagnostic, 478.
- Hygroma suppuré, pemphigus, observation, 33.
- Hypochondrie. Observation, 271. — Pathologie, 272.
- Hystérie. Observations, 54, 60, 64.
- I
- Ignatia, 250.
- Insensibilité des maladies chroniques, 66.
- Indication, 189, 196.
- Individualisation, 182, 434.
- Ipéca, 11, 80, 100, 161, 218, 279, 283, 418.
- Ipéca et bryone, 15.
- Iodium, 71, 101, 478.
- J
- Jugule-t-on une maladie ? 420.
- K
- Kératite scrofuleuse, pathologie et traitement, 281.
- Kermès, 39.
- L
- Ledum palustre, 218.
- Lumbago. Observation, 35.
- Lupus du pharynx, 288.
- Lycopodium, 254.
- M
- Malignité, 503, 540.
- Médicament, 189.
- Méningo-encéphalite, du délire fébrile, 423.
- Mercurius corrosivus, 80.
- Mercurius solubilis, 80, 96, 235.
- Millefolium, 217, 234, 457.
- Mezereum, 384.
- Muriatis acidum, 235, 416.
- Muriatis acidum et belladone, 416.
- Muscarine, 519.
- N
- Néphrite interstitielle. Observation, 86, 87.
- Névralgie intercostale. Observation, 58.
- Nux vomica, 27, 104, 108, 118, 232, 247, 273.
- O
- Ophthalmie scrofuleuse (pathologie), 275. — Observation, 283, 285, 289, 468.
- Opium, 297.
- Orgeolet, 278.
- P
- Palliative (médication), 6, 7.
- Pelvipéritonite (observation), 302, 319. — Pathologie, 305. — Traitement, 314.
- Perniciosité, 504.
- Phosphorus, 81, 500.
- Phosphori acidum, 235, 417, 418, 521.
- Phthisie (dualité), 75. — Ab hoptoe, 219. — Pulmonaire (observation), 28, 31, 45, 72, 92, 120, 173, 204, 298, 299. — (régime maigre dans la), 174.
- Pleurésie, thoracentèse et emphyème, observ., 192.
- Plumbago, 383.
- Plumbum, 89, 117, 256, 466, 495.
- Pneumonie caséuse, 74. — Pneumonie, 1^{er} degré, 84. — Pneumonie (traitement), 112. — Expectation, 439.
- Hughues Bennet, 442.

Pulsatilla, 100, 256, 278.

R

Rasch hémorrhagique, et rasch scarlatineux, 500.

Rhumatisme articulaire aigu. Obs. 21, 41, 94, 446, 553, 455, 457, 462, 472.

Rhumatisme spinal, 464.

Rhus Toxicodendrum, 117, 378.

Rhus, Vernix, 380.

S

Sal Croisici, 475, 481.

Sciaticque, obs., 115.

Sedum acre, 236, 495.

Senega, 278.

Sepia, 124, 368.

Silicea, 278.

Similia similibus, 203.

Spigelia, 44, 462.

Staphysagria, 278.

Sulfate de strychnine, 532.

Sulfur, 70, 118, 232, 255, 368.

Suspension des médicaments, 50.

T

Tarentula, 53, 273.

Tartarus emeticus, 39, 433.

Tephro-myélite antérieure aiguë, 465.

Thérapeutique galéniste, 2.

Terebenthina, 526.

U

Ulcère simple de l'estomac, 108. — Observation, 106.

V

Vaginisme. Observation, 494. — Pathologie, 491.

Variole hémorrhagique. Observation, 501. (Pouls et température dans la), 503.

Varioloïde hémorrhagique, Obs. 498. — Pathologie, 457.

Veratrum, 118, 257.

Vertige épileptiforme dans l'asthme, 486.

Viola tricolor, 385.

Vipera, 269.

Vulve, prurit, 236.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

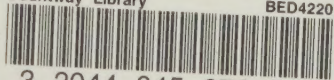


6.T.84

Lecons de clinique medicale pro1877

Countway Library

BED4220



3 2044 045 676 806

and home
hold, and 1
Hall.

ing this book mutil
ed to report it; a
f books.

established he
e "it" 10

6.T.84

Lecons de clinique medicale pro1877

Countway Library

BED4220



3 2044 045 676 806